

For the English version,  
please see page 80

# Panduan Manfaat Karyawan

**Summit untuk Indonesia**

**Rencana Pelayanan Kesehatan Internasional**

**Berlaku sejak 1 Agustus 2025**



# Selamat datang

Summit Rencana Pelayanan Kesehatan Internasional untuk Indonesia diberikan melalui kemitraan kami bersama Allianz. Anda dan keluarga Anda bisa mengandalkan kami untuk memberi Anda akses untuk mendapat layanan sebaik mungkin.

Panduan ini terdiri dari dua bagian: "Cara menggunakan santunan Anda" adalah ringkasan dari semua informasi penting yang Anda mungkin gunakan secara rutin. "Syarat dan ketentuan santunan Anda" menerangkan santunan Anda dengan lebih lengkap. Untuk membuat rencana pelayanan kesehatan internasional yang terbaik, silakan membaca panduan ini beserta Sertifikat Asuransi Anda dan Daftar Manfaat..

Polis dikeluarkan dan dijamin oleh PT Asuransi Central Asia. Alamat terdaftar: Mal Ambassador Ruko 2-3, Jl. Prof. Dr. Satrio, Jakarta 12940, Indonesia.

Produk asuransi ini milik PT Asuransi Central Asia. PT Asuransi Central Asia bertanggung jawab atas penerbitan polis dan berhak untuk menolak klaim yang tidak sesuai dengan syarat dan ketentuan dalam polis.

# Konten

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| Cara menggunakan santunan Anda .....                       | 4  |
| Layanan dukungan.....                                      | 4  |
| Memahami cara kerja santunan Anda .....                    | 12 |
| Mencari perawatan? .....                                   | 17 |
| Syarat dan ketentuan santunan Anda .....                   | 27 |
| Syarat dan ketentuan .....                                 | 27 |
| Administrasi polis Anda .....                              | 28 |
| Pembayaran premi .....                                     | 35 |
| Ketentuan berikut juga berlaku untuk polis Anda .....      | 37 |
| Perlindungan data .....                                    | 40 |
| Prosedur pengaduan .....                                   | 41 |
| Definisi .....                                             | 42 |
| Pengecualian .....                                         | 68 |
| Hubungi kami, kami akan dengan senang hati membantu! ..... | 79 |

# Cara menggunakan santunan Anda

## Layanan dukungan

Kami yakin bisa memberikan Anda layanan berkualitas tinggi yang layak Anda dapatkan. Pada halaman berikutnya kami menggambarkan semua layanan yang kami tawarkan. Baca terus untuk mengetahui apa yang tersedia untuk Anda.

### Hubungi kami, kami dengan senang hati membantu!

Helpline multilingual kami tersedia 24 jam sehari, 7 hari seminggu, untuk menjawab pertanyaan tentang polis Anda atau jika Anda memerlukan bantuan dalam keadaan darurat.

#### Helpline

Phone: **001 803 065 171**

(bebas biaya untuk panggilan dari Indonesia)

**+60 3 92127820**

(nomor internasional untuk panggilan dari luar Indonesia)

Untuk daftar terbaru nomor bebas biaya, silakan mengunjungi:

[www.allianzcare.com/en/pages/toll-free-numbers.html](http://www.allianzcare.com/en/pages/toll-free-numbers.html)

Email: [asia.helpline@e.allianz.com](mailto:asia.helpline@e.allianz.com)



**MENGOBROL DENGAN KAMI**

#### Tahukah Anda...

...bahwa sebagian besar anggota kami merasa pertanyaan mereka ditangani dengan lebih cepat saat mereka menghubungi kami?

## Dukungan saat Anda membutuhkannya

Kondisi tertentu dalam hidup dapat menyebabkan stres, dan ketiadaan dukungan yang tepat dapat menjadikan perjalanan asuransi Anda lebih menantang.

Tim khusus kami siap mendukung Anda. Kami mengimbau Anda untuk menyampaikan dukungan apa pun yang Anda butuhkan dengan penuh keyakinan – kami akan melakukan penyesuaian sesuai kebutuhan, sehingga Anda dapat mengakses produk dan layanan kami dengan mudah.

Jika Anda perlu menyampaikan kebutuhan tertentu, meminta penyesuaian spesifik dalam komunikasi dengan kami, atau menunjuk seseorang untuk berinteraksi dengan kami atas nama Anda, harap hubungi kami di [enhancedsupport@e.allianz.com](mailto:enhancedsupport@e.allianz.com) atau isi formulir online yang tersedia pada halaman Dukungan Lanjutan kami di [www.allianzcare.com/en/support/support-when-you-need-the-most.html](http://www.allianzcare.com/en/support/support-when-you-need-the-most.html)

## Layanan Digital MyHealth

Dengan MyHealth, yang tersedia di aplikasi ponsel dan portal online, Anda mempunyai akses yang mudah dan nyaman tentang santunan Anda, tidak peduli di mana Anda berada atau perangkat apa yang Anda gunakan.

### Fitur aplikasi dan fitur portal online MyHealth



#### Polis saya

Mengakses dokumen polis Anda dan kartu keanggotaan yang aktif.



#### Klaim saya

Mengajukan klaim Anda dengan 3 langkah mudah dan menampilkan riwayat klaim Anda.



#### Kontak saya

Hubungi Helpline multilingual kami 24/7. Live chat juga tersedia dalam portal online.



#### Pemeriksaan gejala

Dapatkan penilaian gejala Anda dengan cepat dan mudah.



#### Pencari penyedia

Temukan penyedia medis terdekat..



#### Bantuan farmasi

Mencari nama lokal merek obat yang sama.



#### Penerjemah istilah medis

Menerjemahkan nama penyakit umum dalam 17 bahasa.



#### Kontak darurat

Akses nomor darurat lokal di seluruh dunia.

## Fitur-fitur bermanfaat tambahan

- Perbarui data Anda secara online: email, nomor telepon, kata sandi, alamat (jika negara sama dengan alamat sebelumnya), preferensi pemasaran, dll.
- Menampilkan sisa saldo tiap manfaat yang ada di Daftar Manfaat Anda.
- Membayar premi secara online dan menampilkan pembayaran yang diterima.
- Menambah atau mengubah informasi kartu Anda (Jika Anda harus membayar premi Anda sendiri, bukan perusahaan Anda).

Semua data pribadi di layanan digital MyHealth dienkripsi untuk perlindungan data.

### Mulai:

1. Login ke portal online MyHealth untuk mendaftar. Masuk ke [my.allianzcare.com/myhealth](https://my.allianzcare.com/myhealth), klik “DAFTAR DI SINI” di dekat bagian bawah halaman dan ikuti petunjuk di layar. Persiapkan nomor polis Anda, yang Anda bisa temukan di Sertifikat Asuransi Anda.
2. Atau, Anda bisa mendaftar melalui Aplikasi MyHealth kami. Untuk mengunduhnya, cari “Allianz MyHealth” di layanan Apple App Store atau Android's Google.



3. Setelah setup, Anda bisa menggunakan email (nama pengguna) dan kata sandi yang Anda berikan selama registrasi untuk login ke portal online atau aplikasi MyHealth. Perincian login yang sama digunakan untuk keduanya dan, jika Anda mengubah perincian login untuk salah satu, maka akan secara otomatis berlaku untuk yang lain. Anda tidak perlu mengubahnya di dua tempat. Kami juga menawarkan pilihan login biometrik untuk aplikasi, misalnya Touch ID atau Face ID, yang didukung oleh perangkat Anda.

Untuk informasi lebih lanjut, silakan mengunjungi [www.allianzcare.com/en/myhealth.html](https://www.allianzcare.com/en/myhealth.html)

## Layanan berbasis web

Di [www.allianzcare.com/members](http://www.allianzcare.com/members) Anda bisa:

- Mencari penyedia medis. Meskipun Anda tidak dibatasi untuk menggunakan penyedia yang terdaftar di direktori kami, kami sarankan Anda melakukan hal tersebut untuk memanfaatkan penyelesaian langsung.
- Mengunduh formulir.
- Mengakses Panduan Kesehatan dan Pustaka Kebugaran kami.
- Mengakses hub "My expat life" kami – dari perencanaan untuk pindah, menetap di negara baru, Anda akan menemukan semua yang Anda harus tahu tentang pindah ke luar negeri.

## Second Medical Opinion (Opini Medis Kedua)\*\*

Sebagai mitra kesehatan Anda, kami ingin memberi Anda jaminan. Pernahkah Anda didiagnosis penyakit parah atau menjalani operasi yang direkomendasi? Apakah Anda ingin bantuan ahli untuk pilihan perawatan terbaik yang tersedia dan di mana mendapatkan perawatan yang paling sesuai? Sebagai bagian dari santunan Anda, Anda mempunyai akses layanan Second Medical Opinion kami.

Ketika Anda mengakses layanan ini, kami menyediakan untuk Anda case manager khusus, yaitu profesional layanan kesehatan dari Tim Medis kami sendiri untuk mengarahkan dan membantu Anda. Case manager akan meminta Anda memberikan semua informasi yang diperlukan tentang masalah medis Anda. Kemudian dia akan membantu Anda menemukan rumah sakit, dokter atau spesialis untuk Second Medical Opinion dan memberikan pendapat kepada Anda.

Untuk mengakses layanan kami, silakan menghubungi kami:

**+353 1 630 1301**

[medical.smo@e.allianz.com](mailto:medical.smo@e.allianz.com)

... dan menanyakan layanan Second Medical Opinion. Anda harus menyebutkan nomor polis Anda untuk identifikasi.

## Layanan anggota termasuk dalam sampel Anda

Kebijakan Anda tidak hanya mencakup biaya medis Anda. Hal ini juga mencakup berbagai layanan anggota gratis. Periksa Tabel Manfaat Anda untuk mengonfirmasi mana yang termasuk dalam manfaat Anda. Beberapa layanan ini mungkin ditawarkan melalui Allianz.



### Olive – Program kesehatan dan kebugaran kami

Dirancang untuk memotivasi dan membimbing Anda menuju kehidupan yang lebih sehat. Hal ini termasuk akses ke:

- **Health and Wellness Hub**, menawarkan pemeriksaan kesehatan online, webinar tentang kesejahteraan yang disampaikan oleh spesialis, artikel tentang topik seperti tidur dan nutrisi, dll.
- **Aplikasi kebugaran kami**, terhubung dengan ponsel pintar, perangkat yang dapat dikenakan, dan aplikasi lain untuk memantau jumlah langkah yang diambil, kalori yang terbakar, jadwal tidur, dan banyak lagi. Anda juga dapat bergabung dalam tantangan dengan pengguna lain, dan/atau mengatur tujuan dan manfaat kesehatan untuk diri sendiri.
- **Aplikasi pelatihan pikiran**, teman chat bot Anda untuk mendiskusikan perasaan Anda. Anda juga dapat mengobrol dengan pelatih, jika Anda menginginkan layanan yang lebih bersifat pribadi.



### TeleHealth Hub — layanan konsultasi video

Jika rencana Anda mencakup perlindungan untuk layanan konsultasi video, Anda memiliki akses langsung ke janji dokter online. Dengan TeleHealth Hub, Anda dapat menghemat waktu dengan mengunjungi dokter melalui video dalam kenyamanan rumah atau kantor Anda. Menawarkan layanan yang aman dan rahasia, jaringan dokter telehealth kami dapat memberikan saran medis, merekomendasikan perawatan dan menawarkan resep untuk masalah non-darurat. Resep akan tersedia jika manfaat Anda mencakup mereka dan jika peraturan lokal memungkinkan.



### EAP — Program Bantuan Karyawan

Ketika situasi yang menantang muncul dalam kehidupan atau di tempat kerja, EAP kami memberi Anda dan tanggungan Anda dukungan yang bersifat privat. Layanan ini mencakup:

- **Konseling profesional dan privat** melalui telepon, video, atau secara langsung untuk membahas topik-topik seperti stres, keseimbangan kerja/kehidupan, pengasuhan anak, kecemasan, gegar budaya, masalah kecanduan, dan sebagainya
- **Layanan referensi hukum dan keuangan**, misalnya, untuk membantu dalam proses pembelian rumah, menangani perselisihan hukum atau membuat rencana keuangan.

Harap dicatat bahwa layanan ini tidak ditujukan untuk anak yang berada di bawah usia persetujuan hukum setempat dan tidak termasuk terapi kelompok, seperti terapi keluarga.



### Layanan Keamanan Perjalanan

24/7 akses ke informasi keamanan pribadi dan saran untuk perjalanan anda, yang berguna karena dunia terus mengalami peningkatan ancaman keamanan. Anda dapat mengakses:

- **Hotline darurat**, untuk berbicara dengan spesialis mengenai masalah keamanan yang terkait dengan tujuan perjalanan Anda.
- **Intelijen negara**, yang menawarkan informasi dan saran tentang banyak negara.
- **Pembaruan berita keamanan harian**, untuk menerima peringatan email tentang peristiwa berisiko tinggi di atau dekat lokasi Anda, termasuk terorisme atau risiko cuaca buruk.

Untuk mengetahui lebih lanjut atau mengakses layanan anggota di atas, kunjungi:

[www.allianzcare.com/en/support/member-resources.html#care](http://www.allianzcare.com/en/support/member-resources.html#care)

*\*\* Layanan tertentu yang mungkin termasuk dalam rencana Anda disediakan oleh penyedia pihak ketiga, seperti Program Dukungan Karyawan, Layanan Keamanan Perjalanan, aplikasi kebugaran, layanan Second Opinion, dan layanan tele-medicine. Jika termasuk dalam manfaat Anda, layanan ini akan ditampilkan dalam Tabel Manfaat Anda. Layanan ini disediakan untuk Anda, dengan tunduk pada penerimaan Anda atas syarat dan ketentuan kebijakan Anda dan syarat dan ketentuan dari pihak ketiga. Layanan ini mungkin tunduk pada pembatasan geografis. Aplikasi kebugaran tidak memberikan saran medis atau kesehatan dan sumber daya kesehatan yang terkandung dalam Olive hanya untuk tujuan informasi. Aplikasi kebugaran dan sumber daya kesehatan yang terkandung dalam Olive tidak boleh dianggap sebagai pengganti saran profesional (medis, fisik atau psikologis). Aplikasi kebugaran juga bukan pengganti untuk diagnosis, pengobatan, penilaian atau perawatan yang mungkin Anda butuhkan dari dokter Anda sendiri. Anda memahami dan menyetujui bahwa perusahaan asuransi, reasuransi dan administrasinya tidak bertanggung jawab atau bertanggung jawab atas klaim, kerugian atau kerusakan, secara langsung atau tidak langsung akibat penggunaan Anda atas salah satu layanan pihak ketiga ini.*

# Memahami cara kerja santunan Anda

## Untuk apa saya dilindungi?

Anda dan tanggungan Anda dilindungi dengan perawatan yang diperlukan secara medis dan biaya terkait, layanan dan/atau persediaan sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat. Hal ini didasarkan pada:

- Definisi dan pengecualian polis (tersedia dalam panduan ini).
- **Untuk polis dengan full medical underwriting:** kondisi khusus yang tercantum pada Sertifikat Asuransi (dan pada Formulir Kondisi Khusus yang dikeluarkan sebelum polis berlaku, jika sesuai).
- **Biaya wajar yang biasa:** biaya ini wajar di negara tempat perawatan. Kami hanya akan mengganti penyedia medis dengan biaya yang sesuai dengan standar dan prosedur medis yang umum diterima. Jika kami menganggap klaim tidak sesuai, kami berhak untuk menolak atau mengurangi jumlah yang kami bayarkan.
- **Ketentuan yang disetujui untuk kondisi medis yang sudah ada sebelumnya:** Santunan untuk kondisi medis yang sudah ada sebelumnya (termasuk kondisi kronis yang sudah ada sebelumnya) tergantung pada ketentuan penjaminan medis polis Anda.
  - Untuk polis yang sepenuhnya ditanggung secara medis, kondisi medis yang sudah ada sebelumnya secara umum ditanggung kecuali kami menyatakan sebaliknya dalam dokumen polis Anda.
  - Untuk polis dengan moratorium, kondisi yang sudah ada sebelumnya hanya memenuhi syarat untuk santunan setelah Anda menyelesaikan periode 24 bulan terus menerus setelah tanggal mulai Anda dan tidak memiliki gejala, membutuhkan atau menerima perawatan, pengobatan, diet khusus atau saran, atau memiliki indikasi lain dari kondisi tersebut selama periode tersebut.

## Di mana saya bisa mendapat perawatan?

Anda bisa mendapat perawatan di negara dalam area cakupan Anda, sebagaimana tercantum dalam Sertifikat Asuransi Anda.

Jika perawatan yang Anda perlukan tersedia di tempat itu tetapi Anda memilih untuk pindah ke negara lain dalam area cakupan Anda, kami akan mengganti semua biaya medis yang diperbolehkan sesuai dalam ketentuan polis Anda; kecuali biaya perjalanan Anda.

Jika perawatan yang diperbolehkan tidak tersedia di tempat ini, dan santunan Anda mencakup manfaat 'Medical evacuation' (Evakuasi medis) yang sesuai, kami juga akan menanggung biaya perjalanan ke fasilitas medis terdekat yang sesuai. Untuk mengklaim biaya medis dan perjalanan yang timbul dalam keadaan ini, Anda harus mengisi dan mengirim Treatment Guarantee Form (Formulir Jaminan Perawatan) sebelum melakukan perjalanan.

Biaya yang diperbolehkan yang timbul di negara asal Anda ditanggung, asalkan negara asal Anda termasuk dalam area cakupan.

## Apa saja batasan manfaat?

Santunan Anda disesuaikan dengan manfaat rencana maksimum. Kami akan membayar jumlah maksimum untuk semua manfaat yang termasuk dalam rencana per anggota, per Tahun Asuransi.

Jika rencana Anda memiliki manfaat rencana maksimum, ini akan berlaku jika:

- Istilah "Pengembalian penuh" ditampilkan di samping manfaat.
- Batasan manfaat khusus berlaku - ini pada saat manfaat dibatasi dengan jumlah tertentu (mis. US\$ 10,000).

Batasan manfaat diberikan menurut "per Tahun Asuransi", menurut "per masa hidup" atau menurut "per kejadian" (seperti per perjalanan, per kunjungan atau per kehamilan).

Dalam beberapa situasi, selain batasan manfaat, kami hanya akan membayar persentase biaya untuk manfaat tertentu (mis. 80%).

### **Batasan manfaat melahirkan**

Manfaat **“Melahirkan normal” dan “Komplikasi kehamilan dan persalinan”** dibayarkan menurut “per kehamilan” atau “per Tahun Asuransi”. Daftar Manfaat Anda akan menetapkan hal ini.

### **Jika manfaat melahirkan Anda dibayarkan berdasarkan “per kehamilan”**

Ketika kehamilan mencapai dua Tahun Asuransi dan batasan manfaat berubah pada perpanjangan polis, berikut aturan yang berlaku:

- Di tahun pertama – batasan manfaat berlaku untuk semua biaya yang diperbolehkan.
- Di tahun kedua – batasan manfaat yang diperbarui berlaku untuk semua biaya yang diperbolehkan yang timbul di tahun kedua, semakin berkurang jumlah manfaat yang sudah diganti di tahun pertama.
- Jika batasan manfaat berkurang di tahun kedua dan kami telah membayarkan hingga atau melebihi jumlah biaya baru yang diperbolehkan yang timbul di tahun pertama, kami tidak akan membayar manfaat tambahan di tahun kedua.

### **Batasan untuk bayi lahir kembar, semua bayi yang dilahirkan dengan ibu pengganti, dan semua anak adopsi dan anak asuh**

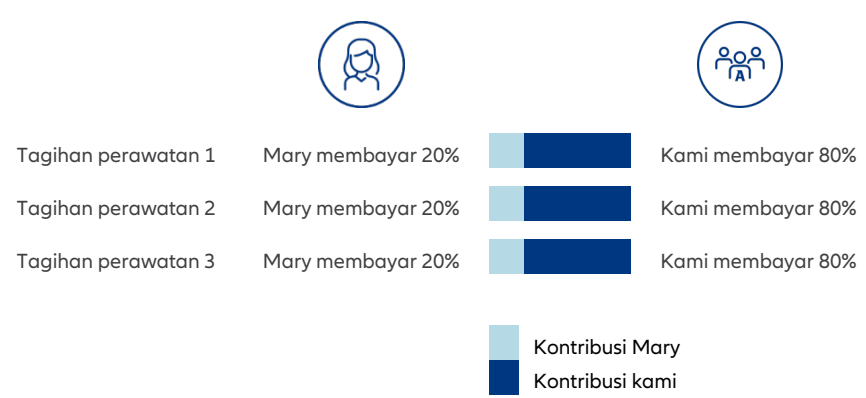
Ada batasan untuk pelayanan rawat inap yang dilakukan dalam tiga bulan pertama setelah kelahiran jika bayi:

- dilahirkan dengan ibu pengganti.
- diadopsi.
- diasuh.
- adalah bayi lahir kembar karena reproduksi berbantuan medis.

Batasan ini sebesar US\$ 40,500 per anak dan berlaku sebelum manfaat lain dalam rencana Anda. Pelayanan rawat jalan dibayarkan menurut ketentuan Out-patient Plan.

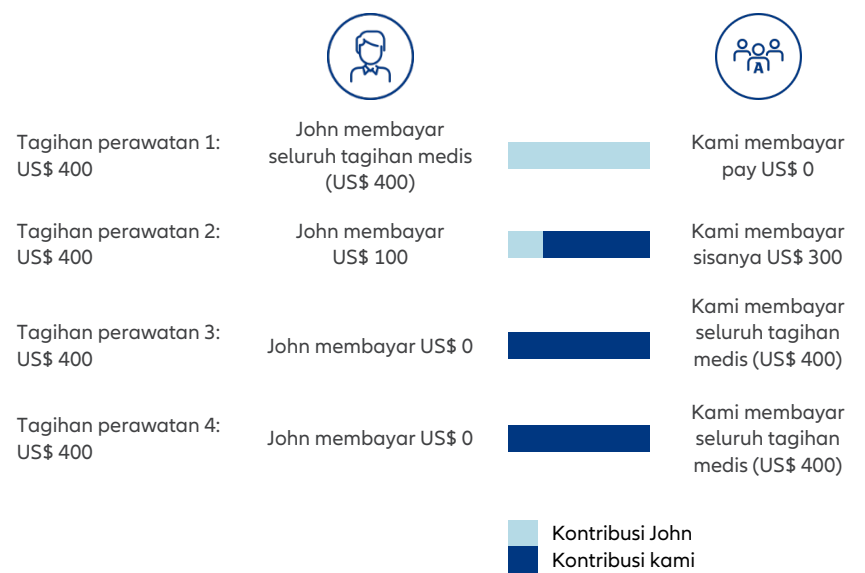
Apa itu copay (pembayaran bersama)?

Copay adalah saat Anda membayar persentase biaya medis. Daftar Manfaat Anda akan menunjukkan apakah ini berlaku untuk rencana Anda. Pada contoh berikut, Mary memerlukan perawatan gigi beberapa kali selama setahun. Manfaat perawatan giginya memiliki copay 20%, yang berarti bahwa kami akan membayar 80% dari tiap biaya perawatan yang diperbolehkan. Jumlah total yang harus dibayarkan oleh kami mungkin tunduk pada batas maksimum rencana.



Apa itu deductible (risiko sendiri)?

Deductible (juga dikenal dalam asuransi kesehatan sebagai ‘kelebihan’) adalah jumlah tertentu yang Anda harus bayar untuk tagihan medis per masa pertanggungan sebelum kami mulai membayar. Daftar Manfaat Anda akan menunjukkan apakah ini berlaku untuk rencana Anda. Pada contoh berikut, John harus menjalani perawatan medis selama setahun. Rencananya berisi deductible sebesar a US\$ 500.



## Mencari perawatan?

Kami memahami bahwa mencari perawatan itu membuat stres. Ikuti langkah berikut sehingga kami bisa mengatur perinciannya sementara Anda fokus pada kesembuhan Anda.

### Langkah 1. Periksa tingkat pertanggungan Anda

Pertama, periksa bahwa rencana Anda menjamin perawatan yang Anda cari. Daftar Manfaat Anda akan memastikan apa yang ditanggung. Namun, Anda bisa menghubungi Helpline kami jika Anda mempunyai pertanyaan.

### Langkah 2. Konfirmasi apakah perawatan Anda memerlukan persetujuan kami sebelumnya

Daftar Manfaat Anda akan menunjukkan perawatan dan layanan mana yang memerlukan persetujuan kami sebelumnya (melalui Treatment Guarantee Form/Formulir Jaminan Perawatan). Biasanya sebagian besar pelayanan rawat inap dan perawatan biaya tinggi. Proses persetujuan sebelumnya membantu kami menilai setiap masalah, mengatur semuanya dengan penyedia medis sebelum kedatangan Anda dan memudahkan pembayaran langsung tagihan penyedia medis, jika memungkinkan.

Kecuali kami dan perusahaan Anda setuju sebaliknya, jika Anda mengajukan klaim tanpa persetujuan kami sebelumnya, berikut yang akan berlaku:

- Jika perawatan atau layanan kemudian terbukti tidak memenuhi syarat, **kami berhak untuk menolak klaim Anda.**
- Jika perawatan tersebut atau layanan kemudian terbukti memenuhi syarat, **kami hanya dapat membayar sebagian dari klaim yang memenuhi syarat, seperti yang ditunjukkan dalam Daftar Manfaat Anda.**

### Langkah 3. Gunakan jaringan penyedia medis Anda

Kami menyarankan agar Anda menggunakan jaringan layanan medis untuk perawatan Anda karena memberi Anda keuntungan-keuntungan sebagai berikut:

1. Jika perawatan Anda memerlukan **persetujuan sebelumnya**, penyedia medis jaringan Anda mungkin bisa meminta ini atas nama Anda.
2. Anda akan bisa mengakses penyelesaian langsung untuk sebagian besar perawatan.

#### *Apa yang dimaksud dengan penyelesaian langsung?*

Penyelesaian langsung berarti kami membayar biaya medis yang memenuhi syarat secara langsung kepada penyedia medis Anda.

Namun demikian, harap diperhatikan bahwa mungkin masih ada jumlah yang harus Anda bayar, jika paket Anda mencakup risiko sendiri atau pembayaran bersama, atau biaya perawatan atau layanan melebihi batas manfaat rencana Anda.

#### *Bagaimana jika penyelesaian langsung tidak tersedia untuk perawatan saya?*

Tidak semua biaya perawatan dapat diselesaikan secara langsung: penyedia medis jaringan Anda akan memberi tahu Anda jika penyelesaian secara langsung tidak tersedia. Dalam hal demikian, Anda harus membayar kepada penyedia medis Anda dan kemudian mengajukan klaim kepada kami, seperti yang dijelaskan di bagian 'Mengajukan penggantian biaya rawat jalan, rawat gigi, dan biaya lainnya'.

#### *Penyedia apa saja yang termasuk dalam jaringan medis saya?*

Anda dapat mengonfirmasi penyedia medis yang termasuk dalam jaringan Anda dengan masuk ke layanan digital MyHealth. Saat menjadwalkan janji temu dengan penyedia medis jaringan, pastikan Anda mencantumkan nomor polis Anda. Anda dapat menemukannya pada kartu keanggotaan Anda

## Cara meminta persetujuan sebelumnya

Jika pada Langkah 2 di atas Anda telah mengonfirmasi bahwa perawatan Anda memerlukan persetujuan sebelumnya, dan Anda tidak mendatangi penyedia layanan kesehatan yang dapat mengaturnya untuk Anda, ikuti proses di bawah ini:



Unduh Formulir -Praotorisasi dari situs web kami:  
[www.allianzcare.com/members](http://www.allianzcare.com/members)



Isi formulir dan kirim ke kami minimal **lima hari kerja sebelum** perawatan. Anda bisa mengirim formulir melalui email ke:  
[asia.medical@e.allianz.com](mailto:asia.medical@e.allianz.com).



Kami menghubungi penyedia medis untuk mengatur penyelesaian langsung, jika memungkinkan.

### Jika ini kondisi darurat

Dapatkan perawatan darurat yang Anda perlukan dan hubungi kami jika Anda membutuhkan saran atau dukungan.

Jika Anda dirawat, Anda, dokter Anda, salah satu tanggungan Anda atau rekan kerja Anda harus menghubungi Helpline kami (dalam 48 jam keadaan darurat) untuk memberi tahu kami perihal rawat inap tersebut. Kami akan mengisi informasi Formulir Jaminan Perawatan melalui telepon saat Anda

*Kami juga bisa mengisi informasi Formulir Jaminan Perawatan melalui telepon jika perawatan dilakukan dalam 72 jam. Harap dicatat bahwa kami bisa menolak klaim Anda jika tidak ada persetujuan sebelumnya, saat diperlukan.*

## Mengklaim penggantian biaya untuk rawat jalan, kesehatan gigi, dan biaya lain

Jika biaya perawatan Anda tidak diselesaikan secara langsung dengan penyedia medis Anda, dan perawatan Anda tidak memerlukan persetujuan sebelumnya, Anda cukup membayar tagihan dan mengklaim biaya tersebut dari kami, sebagai berikut:



Mendapat perawatan medis dan membayar penyedia medis.



Menerima tagihan dari penyedia medis Anda. Tagihan ini harus menyertakan nama Anda, tanggal perawatan, diagnosis/kondisi medis yang Anda terima, tanggal permulaan gejala, sifat perawatan dan perincian biaya secara rinci.



Klaim kembali biaya yang diperbolehkan melalui aplikasi atau portal online MyHealth ([www.allianzcare.com/en/myhealth.html](http://www.allianzcare.com/en/myhealth.html)). Cukup masukkan beberapa informasi utama, tambahkan tagihan Anda dan tekan 'kirim'.

### Pemrosesan klaim yang cepat

Setelah kami mendapat semua informasi yang diperlukan, kami akan memproses dan membayarkan klaim dalam 48 jam. Namun, kami hanya bisa melakukan ini jika Anda sudah memberi tahu kami diagnosis Anda, jadi pastikan Anda memasukkan diagnosis dalam klaim Anda. Atau, kami akan meminta informasi lengkap dari Anda atau dokter Anda.

Kami akan mengirim email atau surat untuk memberi tahu Anda ketika klaim sudah diproses.

## Evakuasi dan repatriasi

Untuk indikasi pertama bahwa Anda memerlukan evakuasi atau repatriasi, silakan menghubungi Helpline kami 24 jam dan kami akan menanganinya. Mengingat keadaan yang mendesak, kami menyarankan Anda untuk menelepon jika memungkinkan. Namun, Anda juga bisa menghubungi kami melalui email. Jika mengirim email, tuliskan 'Urgent – Evakuasi/Repatriasi' di baris subjek.

Hubungi kami sebelum berbicara dengan penyedia, meskipun mereka langsung berbicara dengan Anda, untuk menghindari biaya berlebih atau keterlambatan yang tidak perlu dalam evakuasi. Apabila layanan evakuasi/repatriasi tidak diatur oleh kami, kami berhak untuk menolak biaya tersebut.

**001 803 065 171**

(bebas biaya untuk panggilan dari Indonesia)

**+60 3 92127820**

(nomor internasional untuk panggilan dari luar Indonesia)

[asia.medical@e.allianz.com](mailto:asia.medical@e.allianz.com)

## **Mencari perawatan di AS**

Jika Anda memiliki santunan berlaku di seluruh dunia, kami menawarkan kepada Anda akses mudah untuk layanan medis di AS, melalui mitra pihak ketiga lokal kami, yang mendukung akses Anda ke penyedia medis di negara tersebut.

Untuk mengakses perawatan di AS, cukup menunjukkan kartu keanggotaan Anda: penyedia medis Anda kemudian akan menghubungi mitra pihak ketiga kami untuk menyortir dokumen terkait perawatan Anda. Kami akan membayarkan biaya perawatan Anda yang diperbolehkan langsung ke penyedia medis, jika berlaku; Jika Anda bertanggung jawab atas sebagian biaya, penyedia Anda akan memberi tahu Anda.

Untuk pertanyaan atau permintaan bantuan mengenai perawatan di AS, temukan semua informasi kontak di bagian belakang kartu keanggotaan Anda.

### **Untuk resep**

Jika rencana Anda mencakup akses ke jaringan farmasi Caremark, Anda bisa mendapat obat dan produk farmasi tertentu di apotek AS tanpa uang tunai. Semua informasi yang Anda butuhkan untuk mengakses jaringan farmasi Caremark akan tercantum pada kartu keanggotaan Anda atau di kartu Caremark yang terpisah.

Tunjukkan kartu keanggotaan Anda (atau kartu Caremark yang terpisah) kepada farmasi jaringan Caremark. Apoteker akan memberi tahu Anda jika Anda harus membayar sebagian biaya, misalnya jika ada copay (pembayaran bersama). Pastikan bahwa resep mencantumkan tanggal lahir orang yang dibuatkan resep itu.

## Informasi tambahan tentang -mengklaim biaya Anda

### Klaim medis

Sebelum mengajukan klaim kepada kami, mohon perhatikan poin-poin berikut:

- **Batas waktu klaim:** Anda harus mengirim semua klaim (via aplikasi atau portal online MyHealth) tidak lebih dari enam bulan setelah tanggal akhir Tahun Asuransi. Jika santunan dibatalkan selama Tahun Asuransi, Anda harus mengajukan klaim Anda tidak lebih dari enam bulan setelah tanggal santunan Anda berakhir. Melewati periode ini, kami tidak berkewajiban untuk membayar klaim.
- **Pengajuan klaim:** Anda harus mengajukan klaim yang terpisah untuk tiap orang yang - mengklaim dan tiap kondisi medis yang diklaim.
- **Penyelesaian tagihan medis secara langsung:** Jika kami melakukan pembayaran langsung kepada penyedia medis Anda untuk biaya medis Anda dan kemudian kami memutuskan bahwa klaim penyelesaian langsung Anda tidak memenuhi syarat, maka kami berhak untuk mendapatkan kembali jumlah klaim penuh dari Anda.
- **Dokumen pendukung:** Ketika Anda mengirim kepada kami salinan dokumen pendukung (mis. tanda terima medis), pastikan Anda menyimpan aslinya. Kami berhak untuk meminta dokumen pendukung/tanda terima asli untuk tujuan audit hingga 12 bulan setelah membayar klaim Anda. Kami juga mungkin meminta bukti pembayaran dari Anda (mis. tagihan bank atau kartu) untuk tagihan medis yang Anda bayarkan. Kami menganjurkan agar Anda menyimpan semua salinan korespondensi dengan kami sehingga kami tidak bertanggung jawab atas korespondensi yang tidak kami terima dengan alasan apa pun di luar kontrol kami.
- **Deductible:** Jika jumlah yang Anda klaim kurang dari angka yang harus dibayar dalam rencana Anda, Anda bisa:
  - Mengumpulkan semua tanda terima rawat jalan sampai angkanya melebihi angka yang harus dibayar.
  - Kirimkan kepada kami tiap klaim setiap kali Anda menjalani perawatan. Setelah Anda mencapai jumlah angka yang

dibayarkan, kami akan mulai memberi penggantian kepada Anda.

Melampirkan semua tanda terima pendukung dan/atau tagihan beserta klaim Anda.

Jika Anda memiliki perlindungan asuransi dari perusahaan asuransi kesehatan lain, dan perawatan rawat inap atau perawatan sehari yang sama memenuhi syarat rencana Anda dengan perusahaan asuransi lain tersebut dan rencana perawatan kesehatan Anda dengan kami:

- Anda dapat memperoleh penggantian biaya dari perusahaan asuransi lain dan meminta agar jumlah yang dibayarkan oleh perusahaan tersebut diterima sebagai kontribusi terhadap jumlah deductible pada rencana perawatan kesehatan Anda dengan kami,
- Anda juga dapat meminta agar sisa batas manfaat yang tersedia pada rencana perawatan kesehatan Anda dengan kami digunakan untuk menutupi deductible atau pembayaran bersama yang diterapkan oleh perusahaan asuransi lain pada klaim Anda dengan mereka.

Ketika mengajukan permintaan Anda, mohon kirimkan salinan tagihan terperinci dari rumah sakit atau fasilitas perawatan sehari, bersama dengan pernyataan atau dokumen resmi yang mengonfirmasikan biaya yang dibayarkan oleh perusahaan asuransi lain. Harap diperhatikan bahwa bagaimanapun juga, jumlah total yang harus dibayarkan oleh kami tetap tunduk pada batas manfaat yang berlaku pada rencana Anda dengan kami.

- **Mata uang dan biaya:** Tentukan mata uang yang Anda ingin dibayarkan. Pada kesempatan tertentu, kami mungkin tidak bisa melakukan pembayaran dengan mata uang tersebut karena peraturan perbankan internasional. Jika hal ini terjadi, kami akan memberitahukan mata uang alternatif yang sesuai. Jika kami harus melakukan konversi dari satu mata uang ke mata uang lain, kami akan menggunakan nilai tukar yang berlaku pada tanggal tagihan itu dikeluarkan. Kami akan menanggung semua biaya yang terkait dengan pembayaran. Namun, jika bank Anda menerapkan biaya

untuk menerima dana ke rekening Anda sebagai bagian dari syarat dan ketentuan mereka, kami tidak bertanggung jawab atas biaya ini.

- **Penggantian biaya:** Kami hanya akan memberi penggantian (dalam batasan polis Anda) biaya yang diperbolehkan setelah mempertimbangkan persyaratan persetujuan sebelumnya, deductible (yang harus dibayar) atau copay (pembayaran bersama) sebagaimana diuraikan dalam Daftar Manfaat.
- **Biaya wajar yang biasa:** Kami hanya akan memberi penggantian biaya yang sesuai dan biasa menurut standar dan biasanya umum diterima prosedur medis. Jika kami menganggap klaim tidak sesuai, kami berhak untuk menolak klaim Anda atau mengurangi jumlah yang kami bayarkan.
- **Deposit:** Jika Anda harus membayar deposit di awal perawatan medis Anda, kami akan memberi penggantian biaya ini hanya setelah menjalani perawatan.
- **Memberikan informasi:** Anda dan tanggungan Anda setuju untuk membantu kami mendapat semua informasi yang kami perlukan untuk memproses klaim. Kami berhak untuk mengakses semua rekaman medis dan melakukan diskusi langsung dengan penyedia medis atau dokter yang merawat. Kami dapat, dengan biaya kami sendiri, meminta pemeriksaan medis dari dokter kami jika kami anggap ini diperlukan. Semua informasi akan dijaga kerahasiaannya. Kami berhak untuk menghentikan manfaat jika Anda atau tanggungan Anda tidak membantu kami mendapatkan informasi yang kami perlukan.

### **Klaim untuk kematian karena kecelakaan**

Jika manfaat "Accidental death" dimasukkan dalam rencana pelayanan kesehatan Anda, klaim harus diajukan kepada kami dalam 90 hari kerja setelah tanggal kematian dari tertanggung.

Kirim kepada kami:

- Formulir Permohonan Manfaat Perlindungan Jiwa dan Kematian Karena Kecelakaan yang sudah diisi semua

- Akta kematian
- Laporan medis yang menunjukkan penyebab kematian
- Pernyataan tertulis yang menerangkan tanggal, lokasi dan kondisi kecelakaan
- Dokumen resmi yang membuktikan status keluarga tertanggung (yaitu apakah mereka menikah atau mempunyai anak)
- Bagi penerima manfaat, bukti identitas serta bukti hubungannya dengan tertanggung

Penerima manfaat adalah, kecuali sebaliknya ditentukan oleh tertanggung:

- Pasangan atau partner tertanggung, jika belum berpisah secara resmi.
- Jika tidak mempunyai pasangan atau partner, anak-anak yang ditinggalkan tertanggung termasuk anak tiri, anak adopsi atau anak asuh dan anak-anak yang dilahirkan kurang dari 300 hari setelah tanggal kematian tertanggung; memiliki bagian yang sama di antara mereka.
- Jika tidak mempunyai anak, orang tua tertanggung, mendapat bagian yang sama di antara mereka, atau yang masih hidup jika salah satu orang tua sudah meninggal.
- Tidak ada satu pun di atas, harta yang dimiliki tertanggung.

Jika Anda ingin menunjuk penerima manfaat selain yang tercantum di atas, silakan menghubungi Helpline kami.

Harap dicatat bahwa jika tertanggung dan salah satu atau semua penerima manfaat meninggal pada kecelakaan yang sama, tertanggung akan dianggap sebagai yang meninggal dunia terakhir.

### **Perawatan diperlukan karena kesalahan orang lain**

Jika Anda - mengklaim perawatan yang Anda perlukan karena kesalahan orang lain, Anda harus membuat surat dan memberi tahu kami sesegera mungkin. Misalnya, jika Anda memerlukan perawatan setelah kecelakaan lalu lintas yang mengakibatkan Anda sebagai korban. Lakukan tindakan wajar yang kami minta untuk mendapatkan informasi jaminan orang yang bersalah. Kami kemudian bisa mendapatkan lagi dari penanggung lain biaya perawatan yang dibayarkan oleh kami. Jika Anda bisa mendapatkan kembali secara langsung biaya perawatan yang kami bayarkan, Anda harus membayar kembali jumlah itu (dan bunga) kepada kami.

# Syarat dan ketentuan santunan Anda

## Syarat dan ketentuan

Bagian ini menjelaskan manfaat dan aturan polis asuransi kesehatan Anda. Bacalah dengan Sertifikat Asuransi dan Daftar Manfaat Anda.

- **Sertifikat Asuransi** menguraikan rencana dan area wilayah cakupan yang perusahaan pilih untuk Anda dan tanggungan Anda (jika berlaku). Sertifikat ini juga mencantumkan tanggal berlaku dan tanggal perpanjangan santunan Anda, serta ketentuan khusus apa pun yang mungkin berlaku untuk polis Anda. Harap dicatat bahwa kami akan mengirimkan Anda Sertifikat Asuransi yang baru jika kami perlu mencatat perubahan polis Anda. Perubahan-perubahan ini mungkin permintaan atau perubahan perusahaan Anda yang kami harus buat atau perubahan pada informasi pribadi yang Anda minta. Harap diperhatikan bahwa persetujuan kami diperlukan untuk beberapa permintaan perubahan. Anda dapat merujuk ke bagian 'Administrasi polis Anda' di bawah ini untuk informasi lebih lanjut..
- **Daftar Manfaat** menjelaskan rencana yang dipilih perusahaan Anda dan manfaat yang tersedia untuk Anda. Daftar manfaat ini juga menentukan manfaat/perawatan yang mengharuskan Anda mengajukan Formulir Jaminan Perawatan. Daftar ini memastikan manfaat dengan batasan manfaat khusus, masa tunggu, deductible dan/atau copay yang berlaku. Daftar Manfaat Anda akan dalam mata uang yang disetujui perusahaan Anda (atau dengan Anda, jika Anda membayar premi asuransi).

Untuk informasi lengkap kontrak asuransi perusahaan Anda, silakan menghubungi Group Scheme Manager perusahaan Anda. Harap dicatat bahwa syarat dan ketentuan santunan Anda mungkin berubah dari waktu ke waktu menurut perjanjian antara perusahaan Anda dan kami.

# Administrasi polis Anda

## Kapan santunan mulai berlaku

Asuransi Anda berlaku sejak tanggal dimulai seperti yang tercantum dalam Sertifikat Asuransi dan akan terus sampai tanggal perpanjangan grup (ini juga tercantum pada Sertifikat Asuransi). Biasanya, ini adalah satu Tahun Asuransi, kecuali kami dan perusahaan Anda menetapkan sebaliknya atau jika polis Anda dimulai pertengahan tahun. Pada akhir periode ini, perusahaan Anda akan memperpanjang asuransi menurut syarat dan ketentuan polis yang berlaku saat itu. Anda akan terikat dengan persyaratan itu.

Santunan untuk tanggungan (jika berlaku) akan mulai pada tanggal efektif yang tercantum pada Sertifikat Asuransi terbaru yang mencatat semua tanggungan Anda. Keanggotaan mereka bisa berlanjut selama Anda tetap menjadi bagian dari skema grup dan, untuk anak-anak, selama mereka masih di batas usia yang ditetapkan. Tanggungan anak bisa dijamin dalam polis Anda hingga hari sebelum tanggal ulang tahun ke-18 atau hingga hari sebelum tanggal ulang tahun ke-26 jika mereka berpendidikan penuh. Pada saat itu, mereka bisa mengajukan klaim dengan hak mereka sendiri di bawah salah satu Healthcare Plans for Individuals and Families (Pelayanan Kesehatan untuk Perorangan dan Keluarga).

## Menambah tanggungan

Apakah Anda berencana menikah atau mempunyai bayi? Selamat!

Anda bisa mengajukan untuk memasukkan anggota keluarga Anda sebagai tanggungan jika Anda diizinkan di bawah perjanjian antara perusahaan Anda dan kami. Prosesnya berbeda tergantung pada jenis polis yang Anda miliki:

- Polis dengan full medical underwriting (FMU), atau
- Polis dengan moratorium (MORI), atau
- Polis Non-underwritten, atau
- Polis dengan CTT/CPME (sebelumnya FMU), atau
- Polis dengan CTT/CPME (sebelumnya MORI).

Sertifikat Asuransi Anda akan menunjukkan jenis polis mana yang Anda miliki; juga, Anda bisa menemukan definisi jenis polis di atas di bagian 'Definisi' dari panduan ini.

Untuk menambahkan tanggungan, cukup ikuti proses yang telah dijelaskan di bawah sesuai jenis polis Anda. Selain itu, jika tanggungan yang Anda ingin masukkan adalah bayi baru lahir, periksa paragraf tentang 'Batasan pelayanan rawat inap untuk tanggungan anak baru lahir' di bawah ini.

### **Polis dengan full medical underwriting DAN POLIS dengan CTT/CPME (sebelumnya FMU)**

Untuk menambahkan anggota keluarga ke dalam polis Anda, silakan hubungi Group Scheme Manager Anda. Tanggungan Anda harus mengisi formulir aplikasi yang relevan dan akan dikenakan penilaian risiko kesehatan (medical underwriting). Jika disetujui, santunan akan dimulai dari tanggal diterima.

Namun, jika tanggungannya adalah bayi baru lahir, ikuti pedoman berikut.

#### *Bagaimana saya menambahkan bayi baru lahir ke polis saya?*

Silakan hubungi Group Scheme Manager Anda dalam waktu empat minggu setelah kelahiran anak Anda untuk menambahkannya ke dalam polis, dan pastikan Anda memberikan akta kelahiran. Kecuali untuk bayi lahir kembar, kami akan menerima bayi tersebut tanpa medical underwriting jika ibu yang melahirkan atau ibu pengganti (dalam hal surogasi) telah dijamin bersama kami selama minimal delapan bulan berturut-turut. Santunan akan dimulai saat kelahiran.

#### *Apa yang terjadi jika saya tidak memberi pemberitahuan dalam empat minggu?*

Bayi yang baru lahir akan ditanggung dan jika disetujui, santunan akan dimulai dari tanggal diterima.

#### *Bagaimana jika saya ingin menambahkan bayi lahir kembar?*

Bayi lahir kembar akan ditanggung dan jika disetujui, santunan akan dimulai dari tanggal diterima.

## **Polis dengan moratorium DAN polis dengan CTT/CPME (sebelumnya MORI)**

Untuk menambahkan anggota keluarga ke dalam polis Anda, silakan hubungi Group Scheme Manager Anda. Tanggungan Anda harus mengisi formulir aplikasi yang relevan. Jika disetujui, moratorium baru akan berlaku untuk tanggungan tersebut, dan santunan akan dimulai sejak tanggal yang ditentukan oleh Group Scheme Manager Anda.

Namun, jika tanggungannya adalah bayi baru lahir, silakan ikuti pedoman berikut ini.

### *Bagaimana saya menambahkan bayi baru lahir ke polis saya?*

Silakan hubungi Group Scheme Manager Anda dalam waktu empat minggu setelah kelahiran anak Anda untuk menambahkannya ke dalam polis Anda, dan pastikan Anda memberikan akta kelahiran. Kecuali bayi lahir kembar, kami akan menerima bayi tersebut tanpa moratorium jika ibu kandung atau ibu pengganti (dalam hal surogasi) telah ditanggung oleh kami minimal delapan bulan terus menerus. Santunan akan dimulai sejak kelahiran.

### *Apa yang terjadi jika saya tidak memberi tahu dalam empat minggu?*

Jika Anda terlambat memberi tahu kami dan aplikasi untuk tanggungan bayi baru lahir Anda disetujui, moratorium baru akan berlaku untuk tanggungan itu dan santunan akan dimulai dari tanggal persetujuan kami menambahkannya.

### *Bagaimana jika saya menambahkan bayi lahir kembar?*

Untuk menambahkan bayi lahir kembar ke polis Anda, mohon isi formulir permohonan terkait. Kami akan meninjau formulir permohonan tersebut dan, jika disetujui, kami akan memastikan tanggal persetujuan kami untuk menambahkan bayi baru lahir dan apakah moratorium baru akan berlaku untuk bayi tersebut.

## **Polis Non-underwritten**

Untuk menambah anggota keluarga sebagai tanggungan dalam polis Anda, cukup beri tahu perusahaan Anda dan mereka akan mengaturnya bersama kami.

Namun, jika tanggungan yang Anda ingin tambahkan adalah bayi baru lahir, ikuti pedoman berikut.

*Bagaimana saya menambahkan bayi baru lahir ke polis saya?*

Bayi baru lahir (termasuk bayi lahir kembar, bayi yang dilahirkan oleh ibu pengganti, anak adopsi dan anak asuh) akan diterima untuk santunan dari lahir, asalkan kami diberi tahu dalam empat minggu sejak tanggal kelahiran. Untuk menambahkan bayi baru lahir ke polis Anda, Anda harus meminta perusahaan Anda untuk mengajukan permohonan secara tertulis, termasuk salinan akta kelahiran, kepada kami

*Apa yang terjadi jika saya tidak memberi tahu Anda dalam empat minggu?*

Jika kami diberi tahu empat minggu atau lebih setelah tanggal lahir, anak-anak baru lahir akan diterima untuk santunan sejak tanggal notifikasi itu.

### **Batasan pelayanan rawat inap untuk tanggungan anak baru lahir**

Ada batasan untuk pelayanan rawat inap yang dilakukan dalam tiga bulan pertama setelah lahir jika bayi tersebut:

- dilahirkan oleh ibu pengganti.
- diadopsi.
- diasuh.
- adalah bayi lahir kembar karena reproduksi berbantuan medis.

Batasan ini sebesar US\$ 40,500 per anak dan ini berlaku sebelum manfaat lain dalam rencana Anda. Pelayanan rawat jalan dibayarkan menurut ketentuan Out-patient Plan.

### **Mengubah negara tempat tinggal**

Penting bahwa Anda menghubungi Helpline kami dan memberi tahu Group Scheme Manager Anda untuk memberi tahu kami ketika Anda mengubah negara tempat tinggal. Hal ini mungkin memengaruhi santunan atau premi Anda, meskipun Anda pindah ke negara dalam area wilayah cakupan Anda, karena rencana yang sudah ada mungkin tidak berlaku di sana. Santunan di beberapa negara sesuai dengan pembatasan asuransi kesehatan setempat, khususnya untuk penduduk negara itu. Anda harus memastikan bahwa santunan kesehatan Anda sesuai secara hukum. Jika Anda tidak yakin, silakan dapatkan saran hukum independen, karena kami tidak lagi bisa menanggung Anda. Santunan yang kami berikan bukanlah pengganti untuk asuransi kesehatan lokal yang diwajibkan.

## Mengubah alamat surat-menyurat atau alamat email

Kami akan mengirim semua korespondensi Anda ke alamat yang kami simpan kecuali diminta sebaliknya. Anda harus memberi tahu kami secara tertulis sesegera mungkin perubahan di alamat rumah Anda, kantor atau alamat email.

## Korespondensi

Ketika Anda menghubungi kami, gunakan email atau kirimkan melalui pos (dengan prangko lunas). Kami biasanya tidak mengembalikan dokumen asli Anda, tetapi jika Anda meminta, kami akan mengembalikannya.

## Perpanjangan pertanggungan

**Jika perusahaan Anda membayar premi Anda**, perpanjangan santunan Anda (dan santunan tanggungan Anda, jika berlaku) menjadi keputusan perusahaan Anda.

**Jika Anda membayar premi Anda** dan perusahaan memperpanjang santunan Anda (dan santunan tanggungan Anda, jika berlaku), polis Anda akan secara otomatis diperpanjang untuk Tahun asuransi berikutnya, apabila:

- Kami bisa terus menyediakan santunan di negara tempat tinggal Anda
- Semua premi ke kami telah dibayarkan
- Perincian pembayaran Anda masih berlaku untuk tanggal perpanjangan polis. Beri tahu kami jika kartu Anda baru/diganti atau jika informasi rekening bank Anda telah berubah.

## Mengakhiri pertanggungan Anda

Perusahaan Anda bisa mengakhiri santunan Anda atau santunan tanggungan Anda dengan memberi pemberitahuan kepada kami secara tertulis. Kami tidak bisa memundurkan pembatalan santunan Anda. Santunan ini akan secara otomatis berakhir:

- Di akhir Tahun Asuransi, jika perjanjian antara perusahaan Anda dan kami berakhir.

- Jika perusahaan Anda memutuskan untuk mengakhiri atau tidak memperpanjang santunan Anda.
- Jika perusahaan Anda tidak membayar premi atau kewajiban pembayaran lain menurut Perjanjian Perusahaan dengan kami.
- Jika Anda peserta perorangan dan Anda tidak membayar premi atau kewajiban pembayaran lain menurut Perjanjian Perusahaan dengan kami.
- Ketika Anda berhenti bekerja dari perusahaan Anda.
- Karena kematian karyawan tertanggung.

Kami bisa mengakhiri santunan Anda dan santunan tanggungan Anda jika ditemukan bukti yang sesuai bahwa Anda atau mereka menipu atau berusaha menipu kami. Contohnya dengan memberi informasi palsu kepada kami, menyembunyikan informasi, atau bekerja sama dengan pihak lain untuk memberi informasi palsu kepada kami, baik disengaja atau tidak disengaja, yang bisa memengaruhi kami ketika memutuskan:

- Apakah Anda (atau mereka) bisa masuk dalam skema.
- Berapa premi yang harus dibayar perusahaan Anda.
- Apakah kami harus membayar klaim.

### **Masa kedaluwarsa polis**

Harap dicatat bahwa pada saat berakhirnya polis Anda, hak Anda untuk mendapat penggantian berakhir. Selama enam bulan setelah masa kedaluwarsa, kami akan memberi penggantian biaya yang diperbolehkan yang terjadi selama jangka waktu pertanggungan. Namun, kami tidak akan lagi menjamin perawatan yang berjalan atau lebih lanjut yang diperlukan setelah masa polis Anda berakhir.

Anda harus memastikan bahwa kartu keanggotaan Anda yang Anda dapatkan atau tanggungan Anda segera dimusnahkan ketika keanggotaan Anda berakhir. Jika Anda atau tanggungan Anda menjalani perawatan setelah masa berakhir keanggotaan Anda, kami berhak untuk meminta kembali seluruh jumlah biaya perawatan dari Anda dan/atau perusahaan.

## **Mengajukan santunan jika keanggotaan grup berakhir**

Jika santunan Anda di bawah Perjanjian Perusahaan berakhir, Anda bisa mengajukan santunan untuk salah satu Healthcare Plans for Individuals and Families kami, hanya dengan mengirimkan email kepada kami (informasi di bawah). Anda harus mengirim permohonan Anda dalam satu bulan setelah berhenti dari skema grup. Anda harus mematuhi underwriting. Jika kami menyetujui permohonan Anda, santunan akan dimulai pada hari pertama setelah Anda berhenti dari skema grup.

**Email:** [individual.sales@allianzworldwidecare.com](mailto:individual.sales@allianzworldwidecare.com)

# Pembayaran premi

## Jika perusahaan Anda membayar premi asuransi Anda

Pada umumnya, perusahaan Anda berkewajiban untuk membayar premi Anda dan tanggungan Anda, yang dijamin menurut Perjanjian Perusahaan. Perusahaan Anda juga membayarkan pajak dan biaya lainnya yang terkait dengan santunan Anda (seperti Pajak Premi Asuransi). Namun, Anda mungkin berkewajiban untuk membayar pajak yang berhubungan dengan premi yang dibayarkan perusahaan Anda. Untuk selengkapnya, silakan mengecek dengan perusahaan Anda.

## Jika Anda membayar premi asuransi Anda

Jika Anda harus membayar premi asuransi Anda, Anda harus membayarnya di awal untuk jangka waktu polis Anda. Sertifikat Asuransi Anda mencantumkan jumlah yang disetujui perusahaan Anda dan pilihan frekuensi pembayaran Anda. Anda harus membayar **premi awal** atau cicilan premi pertama langsung dibayarkan setelah kami menerima permohonan Anda. Pada saat Anda menerima tagihan Anda, mohon diperiksa bahwa premi sesuai dengan jumlah yang tercantum pada penawaran yang disetujui dan segera hubungi kami jika terjadi perbedaan. Kami tidak bertanggung jawab atas kehilangan atau penundaan pembayaran yang dilakukan melalui pihak ketiga. **Premi selanjutnya** jatuh tempo pada hari pertama jangka waktu pembayaran yang dipilih.

Jika berlaku, Anda juga harus membayar pajak berikut selain premi Anda:

- Pajak Premi Asuransi (IPT)
- VAT
- Pajak, retribusi atau biaya lain yang berhubungan dengan santunan Anda yang kami harus bayarkan atau tagihkan dari Anda sesuai hukum

Biaya-biaya ini sudah dibebankan pada saat Anda bergabung tetapi bisa dimasukkan (atau berubah) setelah itu. Tagihan Anda akan menampilkan pajak-pajak ini. Jika pajak-pajak ini berubah atau jika pajak baru dimasukkan, kami akan menyampaikan pemberitahuan ini kepada Anda.

Jika Anda tidak menyetujui perubahan tersebut, Anda bisa memilih untuk mengakhiri polis Anda. Kami tidak akan menerapkan perubahan tersebut jika Anda mengakhiri keanggotaan Anda dalam 30 hari setelah masa berlaku, atau dalam 30 hari pemberitahuan kami kepada Anda mengenai perubahan (mana saja yang lebih terakhir).

Di beberapa negara Anda mungkin juga diminta untuk menerapkan pemotongan pajak. Jika hal tersebut terjadi, Anda berkewajiban untuk menghitung dan membayar jumlah ini kepada pihak terkait selain pembayaran seluruh premi Anda.

Setiap tahun pada tanggal perpanjangan, kami bisa mengubah cara menghitung premi dan pajak Anda, jumlah yang Anda harus bayarkan dan/atau cara pembayaran. Jika demikian, kami akan memberi tahu kepada Anda perubahan ini dan perubahan akan berlaku sejak tanggal perpanjangan Anda. Jika Anda mau, Anda bisa mengubah cara Anda membayar perpanjangan polis. Hubungi kami untuk mengajukan ini minimal 30 hari sebelum tanggal perpanjangan.

Jika Anda tidak mampu membayar premi Anda dengan alasan apa pun, silakan hubungi kami sehingga kita bisa membicarakannya, karena jika Anda tidak membayar premi Anda tepat waktu, Anda bisa kehilangan polis Anda.

## Ketentuan berikut juga berlaku untuk polis Anda

### **Hukum yang berlaku:**

Polis Anda diatur oleh hukum dan pengadilan negara sebagaimana dinyatakan dalam Perjanjian Perusahaan, kecuali diharuskan sebaliknya oleh hukum.

### **Klausul penangguhan sanksi:**

Setiap pembayaran manfaat, pertanggungan, dan klaim ditangguhkan jika ada elemen dari pertanggungan, manfaat, aktivitas, bisnis, atau usaha yang mendasarinya, yang membuat kami terkena:

- sanksi, larangan, atau pembatasan yang berlaku berdasarkan resolusi PBB, atau
- sanksi perdagangan atau ekonomi, hukum atau peraturan Uni Eropa, Inggris, atau Amerika Serikat.

Penangguhan di atas akan berlanjut hingga saat kami tidak lagi terkena sanksi, larangan, atau pembatasan demikian.

### **Siapa yang dilindungi:**

Hanya anggota grup (dan tanggungan) sebagaimana diuraikan dalam Perjanjian Perusahaan yang diperbolehkan menerima pertanggungan.

### **Jumlah yang akan kami bayarkan:**

Kewajiban kami kepada Anda terbatas pada jumlah yang tertera dalam Daftar Manfaat dan pengesahan polis. Total jumlah yang diganti untuk klaim, apakah menurut polis ini, skema medis publik dan/atau asuransi lain tidak akan melebihi biaya yang Anda keluarkan untuk klaim Anda.

### **Siapa yang bisa membuat perubahan pada polis Anda:**

Tak seorang pun, kecuali perwakilan yang ditunjuk atau Group Scheme Manager diperbolehkan untuk membuat perubahan polis Anda atas nama Anda. Perubahan hanya berlaku saat disetujui oleh perusahaan Anda dan kami.

### **Ketika santunan diberikan oleh orang lain:**

Kami bisa menolak klaim jika Anda atau tanggungan Anda memenuhi syarat untuk – mengklaim manfaat dari:

- Skema publik
- Polis asuransi lain
- Pihak ketiga lainnya

Jika hal ini terjadi, Anda harus memberi tahu kami dan memberikan semua informasi yang diperlukan. Anda dan pihak ketiga tidak bisa menyetujui penyelesaian akhir atau melepaskan hak kami untuk mendapat kembali biaya tanpa penjanjian tertulis sebelumnya. Atau, kami berhak untuk mendapatkan kembali dari Anda jumlah yang kami telah bayarkan dan membatalkan santunan Anda.

Kami berhak untuk -mengklaim kembali dari pihak ketiga jumlah yang kami bayarkan untuk klaim, jika biayanya dari atau juga ditanggung oleh mereka. Kami bisa mengambil proses hukum atas nama Anda, dengan biaya kami, untuk melakukan hal ini. Ini disebut subrogasi.

Kami tidak akan memberi kontribusi kepada penanggung pihak ketiga jika biaya ditanggung sebagian atau penuh oleh penanggung tersebut. Namun, jika rencana kami menjamin jumlah yang lebih tinggi daripada penanggung lain, kami akan membayar jumlah yang tidak ditanggung oleh mereka.

### **Keadaan di luar kontrol kami (force majeure):**

Kami akan selalu melakukan yang terbaik untuk Anda, tetapi kami tidak bertanggung jawab atas keterlambatan atau kegagalan dalam kewajiban kami kepada Anda yang disebabkan oleh sesuatu di luar kendali kami. Contohnya cuaca ekstrem, banjir, tanah longsor, gempa bumi, badai, petir, kebakaran, penurunan tanah, epidemi, tindakan terorisme, pecahnya permusuhan militer (meskipun perang dinyatakan atau tidak), kerusakan, ledakan, pemogokan atau kerusakan demo lain, ketegangan masyarakat, sabotase dan pengambilalihan oleh pihak pemerintah.

### **Pembatalan dan penipuan:**

- **Untuk polis dengan full medical underwriting**, informasi yang Anda dan tanggungan berikan kepada kami mis. pada Formulir Permohonan atau dokumen pendukung, harus akurat dan lengkap.

Jika tidak benar atau jika Anda tidak memberi tahu kami tentang sesuatu yang mungkin memengaruhi keputusan underwriting kami, hal itu bisa membatalkan polis sejak tanggal berlaku. Anda juga harus memberi tahu kami tentang kondisi medis yang timbul sementara mengisi formulir permohonan dan tanggal berlaku polis.

Kondisi medis yang Anda tidak beri tahu kepada kami kemungkinan tidak akan ditanggung. Jika Anda tidak yakin apakah informasi tertentu terkait dengan underwriting, silakan menghubungi kami dan kami akan menjelaskannya

- **Untuk polis dengan moratorium**, santunan moratorium akan masih berlaku meskipun Anda memberi tahu kami tentang kondisi medis yang Anda mungkin alami sebelumnya. Kami boleh menerapkan ketentuan baru pada rencana, mengurungkan atau membatalkannya dan/atau mengurangi atau menolak segala klaim terkait, berdasarkan fakta materi Anda yang baru.
- Kami tidak akan membayarkan manfaat untuk klaim jika:
  - Klaim tersebut palsu, menipu atau dilebih-lebihkan secara sengaja.
  - Anda atau tanggungan Anda atau siapa pun yang bertindak atas nama Anda atau.

Jumlah klaim yang kami bayarkan kepada Anda sebelum ditemukan tindakan penipuan atau kelalaian akan langsung menjadi tanggung jawab kami. Kami berhak untuk memberi tahu perusahaan Anda atas kegiatan kecurangan ini.

### **Membuat kontak tanggungan:**

Untuk memberikan polis Anda, kami mungkin harus meminta informasi lebih lanjut. Jika kami perlu menanyakan tentang salah satu tanggungan Anda (mis. ketika kami perlu meminta alamat email untuk tanggungan yang sudah dewasa), kami mungkin menghubungi Anda sebagai orang yang bertindak atas nama tanggungan tersebut, dan meminta informasi terkait, selama itu bukan informasi sensitif. Demikian pula, untuk tujuan pemberian klaim, kami mungkin mengirimkan kepada Anda informasi yang tidak sensitif yang berhubungan dengan anggota keluarga.

## Perlindungan data

Data Protection Notice (Pemberitahuan Perlindungan Data) Allianz menerangkan bagaimana kami melindungi privasi Anda dan memproses data pribadi Anda. Anda harus membacanya sebelum mengirimkan data pribadi ke kami. Untuk membaca Pemberitahuan Perlindungan Data kunjungi: [www.allianzcare.com/en/privacy](http://www.allianzcare.com/en/privacy)

Atau, Anda bisa menghubungi kami melalui telepon untuk meminta salinan dokumen:

**001 803 065 171**

(bebas biaya untuk panggilan dari Indonesia)

**+60 3 92127820**

(nomor internasional untuk panggilan dari luar Indonesia)

Jika Anda mempunyai pertanyaan tentang cara kami menggunakan data pribadi Anda, silakan mengirim email kepada kami di:

[AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

## Prosedur pengaduan

Helpline kami selalu menjadi nomor pertama untuk dihubungi jika Anda mempunyai komentar atau keluhan. Jika kami tidak bisa menyelesaikan masalah melalui telepon, silakan mengirimkan email atau menulis surat ke kami:

Phone: **001 803 065 171**

(bebas biaya untuk panggilan dari Indonesia)

**+60 3 92127820**

(nomor internasional untuk panggilan dari luar Indonesia)

Email: [asia.helpline@e.allianz.com](mailto:asia.helpline@e.allianz.com)

Address: **Customer Advocacy Team, Allianz, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland.**

Kami akan mengatasi pengaduan Anda sesuai dengan prosedur manajemen pengaduan internal kami. Untuk selengkapnya, lihat: [www.allianzcare.com/complaints-procedure](http://www.allianzcare.com/complaints-procedure)

Anda juga bisa menghubungi Helpline kami untuk mendapat salinan prosedur ini.

## Definisi

**Berikut definisi yang berlaku di Healthcare Plan kami. Manfaat Anda yang ditanggung tercantum dalam Daftar Manfaat Anda. Jika rencana Anda mencakup manfaat yang tidak tercantum di bawah ini, definisi akan muncul di bagian “Catatan” di bagian akhir Daftar Manfaat Anda. Di mana pun kata-kata/frasa muncul di dokumen polis Anda, mempunyai arti berikut:**

### Ahli kesehatan mental

Praktisi berlisensi yang bekerja di pelayanan kesehatan, layanan konseling atau sosial yang menawarkan layanan merawat kondisi kesehatan mental.

### Akomodasi rumah sakit

Akomodasi privat standar atau semiprivat seperti yang tercantum pada Daftar Manfaat. Kami menanggung biaya akomodasi rumah sakit Anda dan semua perawatan dan layanan rawat inap/harian yang memenuhi syarat yang diperlukan saat menggunakan kamar, hingga tarif yang wajar dan lazim yang terkait dengan jenis kamar yang ditentukan dalam Daftar Manfaat Anda. Kamar deluxe, eksekutif, dan suite tidak ditanggung.

Kami tidak menanggung biaya nonmedis atau pribadi yang dibebankan secara terpisah dari biaya akomodasi rumah sakit, seperti panggilan telepon atau koran. Jika makanan tidak termasuk dalam biaya akomodasi rumah sakit, kami hanya akan menanggung hingga tiga kali makan lengkap per hari. Makan lengkap terdiri dari satu makanan pembuka, satu makanan utama, satu makanan penutup, dan satu minuman.

Harap diperhatikan bahwa jika rawat inap Anda terkait dengan manfaat lain yang ditanggung dalam polis Anda, akomodasi rumah sakit mungkin sudah termasuk dalam manfaat tersebut. Misalnya, jika Anda dirawat di rumah sakit untuk perawatan kanker, akomodasi rumah sakit akan ditanggung berdasarkan manfaat ‘Onkologi’, bukan manfaat ‘Akomodasi rumah sakit’ yang terpisah. Manfaat lain yang mungkin mencakup akomodasi rumah sakit (jika termasuk dalam rencana Anda) adalah: ‘Psikiatri dan psikoterapi’, ‘Persalinan rutin’, ‘Perawatan paliatif’, dan ‘Perawatan jangka panjang’. Jika manfaat Anda mencakup akomodasi rumah sakit, harap perhatikan bahwa tipe kamar yang ditentukan berdasarkan ‘Akomodasi rumah sakit’ dalam Daftar Manfaat Anda akan berlaku untuk manfaat lain juga. Misalnya, jika manfaat ‘Akomodasi rumah sakit’ Anda mencakup tipe kamar semi-privat dan Anda dirawat di rumah sakit untuk perawatan kanker, manfaat ‘Onkologi’ Anda akan mencakup pertanggungungan untuk akomodasi kamar semi-privat saja.

Jika tipe kamar yang ditentukan dalam Tabel Manfaat Anda tidak tersedia di rumah sakit, atau jika Anda memilih tipe kamar superior, kami akan menanggung akomodasi Anda, serta semua perawatan dan layanan rawat inap dan perawatan harian terkait, hingga tarif yang wajar dan lazim yang terkait dengan tipe kamar yang ditunjukkan dalam Daftar Manfaat Anda.

### **Akut**

Serangan gejala atau kondisi medis tiba-tiba.

### **Alat bantu medis yang diresepkan**

Perangkat yang ditentukan dan secara medis diperlukan untuk memungkinkan Anda melakukan kegiatan sehari-hari. Contohnya:

- Alat bantu biokimia seperti pompa insulin, glukosa meter dan mesin dialisis peritoneal.
- Alat bantu gerak seperti tongkat, kursi roda, penyangga/behel ortopedi, anggota tubuh buatan dan prostesis.
- Alat bantu pendengaran dan berbicara seperti laring elektronik.
- Stoking kompresi yang memenuhi syarat secara medis.
- Alat bantu luka waktu lama seperti perban dan persediaan stoma

Kami tidak menanggung biaya untuk alat bantu medis yang merupakan bagian dari perawatan paliatif atau perawatan jangka panjang.

### **Ambulans lokal**

Transportasi ambulans ke rumah sakit terdekat yang tersedia dan sesuai atau fasilitas medis berlisensi jika diperlukan untuk keadaan darurat atau karena kebutuhan medis untuk menerima perawatan yang ditanggung oleh Anda.

### **Anda/Milik Anda**

Orang yang bekerja di perusahaan dan tanggungannya yang disebutkan dalam Sertifikat Asuransi.

### **Batasan seumur hidup**

Seluruh jumlah yang kami akan bayar untuk biaya yang diperbolehkan selama kami menanggung Anda pada satu rencana atau lebih dengan manfaat yang sama atau setara, meskipun ada rehat dalam polis Anda.

### **Bedah bariatrik**

Prosedur bedah yang ditujukan untuk menurunkan berat badan karena kebutuhan medis. Ini mencakup semua penilaian pra dan pascabedah, konsultasi, dan komplikasi apa pun setelahnya, hingga batas manfaat. Prosedur bedah yang kami tanggung meliputi operasi bypass lambung, operasi gastrektomi selongsong, diversifikasi biliopancreatik (dengan atau tanpa duodenal switch) dan operasi pengikatan lambung silikon yang dapat disesuaikan secara laparoskopi saja. Pertanggungannya hanya diberikan jika semua kondisi berikut terpenuhi:

- Anda memiliki BMI 40 atau lebih, atau BMI antara 35 dan 40 ditambah dua dari diagnosis signifikan berikut yang dapat diperbaiki dengan penurunan berat badan: Hipertensi, Diabetes Melitus Tipe 2, Hiperkolesterolemia, Penyakit Jantung Iskemik.
- Anda telah mencoba semua tindakan nonbedah yang tepat tetapi gagal mencapai atau mempertahankan penurunan berat badan yang memadai dan bermanfaat secara klinis setidaknya selama satu tahun. Semua upaya dan kepatuhan terhadap pola makan sehat dan olahraga teratur perlu dibuktikan kepada tim medis kami.
- Anda telah menerima, atau akan menerima, manajemen intensif dalam layanan obesitas spesialis. Kami berhak menentukan apakah klinik obesitas/ahli bedah bariatrik memenuhi syarat sebagai layanan obesitas spesialis yang wajar.
- Anda berkomitmen pada kebutuhan tindak lanjut dan pengawasan jangka panjang.

Kami berhak menolak pertanggunggunaan untuk operasi bariatrik jika kami anggap hal itu tidak diperlukan secara medis.

Pertanggunggunaan untuk komplikasi hanya tersedia jika operasi bariatrik awal ditanggung oleh polis ini. Kami tidak menanggung operasi/perawatan balon lambung, sistem pemblokiran saraf vagus, atau prosedur bedah lain yang tidak tercantum di atas.

### **Biaya ahli gizi**

Biaya untuk saran diet atau nutrisi yang diberikan oleh ahli kesehatan yang terdaftar dan berpengalaman untuk berpraktik di negara tempat perawatan diberikan. Jika termasuk dalam rencana Anda, santunan hanya diberikan yang berhubungan dengan diagnosis kondisi medis yang diperbolehkan.

### **Biaya akomodasi untuk satu orang tua yang menginap di rumah sakit dengan anak yang diasuransikan**

Biaya akomodasi rumah sakit satu orang tua atau wali sah selama periode rawat inap anak yang diasuransikan untuk perawatan yang diperbolehkan. Jika tempat tidur yang sesuai tidak tersedia di rumah sakit, kami akan memberikan yang setara dengan harga kamar harian di hotel berbintang tiga dengan harga hotel yang timbul. Kami tidak menanggung biaya lain-lain seperti makan, telepon atau surat kabar. Periksa Daftar Manfaat Anda untuk memastikan batas umur yang berlaku terkait dengan anak tersebut.

### **Biaya bidan**

Biaya yang dibebankan oleh bidan atau pendamping kelahiran, yang, menurut hukum negara di mana perawatan diberikan, telah menyelesaikan pelatihan yang diperlukan dan lulus ujian negara yang diperlukan.

### **Biaya dokter**

Biaya yang dibebankan untuk perawatan non-operasi yang dilakukan atau diberikan oleh dokter, atau dilakukan oleh seorang profesional medis di bawah pengawasan seorang dokter.

### **Biaya pemakaman**

Ongkos pemakaman atau kremasi yang dilakukan di luar negara asal atau negara tempat tinggal. Ini tidak mencakup biaya upacara terkait seperti makanan dan minuman, perjalanan, akomodasi, bunga dan kartu ucapan.

### **Biaya perjalanan dari anggota keluarga bertanggung pada saat evakuasi/dipulangkan**

Biaya transportasi seluruh anggota keluarga bertanggung dari orang yang dievakuasi/dipulangkan yang lazim, termasuk anak di bawah umur yang tidak mungkin ditinggal sendiri. Jika seluruh anggota keluarga tidak bisa melakukan perjalanan dalam kendaraan yang sama dengan orang yang dievakuasi/dipulangkan, kami akan membayarkan transportasi pulang pergi mereka dengan tarif ekonomi.

Santunan di bawah manfaat ini hanya tersedia jika evakuasi/pemulangan yang terkait juga ditanggung di bawah rencana Anda. Santunan tidak mencakup akomodasi hotel atau biaya terkait lainnya.

### **Biaya perjalanan anggota keluarga bertanggung pada saat pemulangan jenazah**

Biaya transportasi yang wajardari anggota keluarga bertanggung yang tinggal di luar negeri dengan bertanggung yang meninggal dunia, untuk kembali ke negara tempat pemakaman jenazah. Biaya transportasi yang sesuai adalah biaya transportasi pulang pergi dengan tarif ekonomi. Santunan tidak mencakup akomodasi hotel atau biaya terkait lainnya.

### **Biaya perjalanan anggota yang diasuransikan dengan kerabat dekat yang berisiko kematian atau yang telah meninggal**

Biaya transportasi yang wajar dari anggota yang diasuransikan dengan kerabat dekat yang berisiko meninggal atau yang sudah meninggal (hingga jumlah yang ditetapkan dalam Daftar Manfaat). Santunan mencakup satu perjalanan pulang pergi per anggota yang diasuransikan per Tahun Asuransi. Jika kerabat dekat meninggal dunia, perjalanan harus dimulai dalam enam minggu dari tanggal kematian mereka.

**Kerabat dekat** adalah pasangan atau partner, orang tua (termasuk orang tua angkat sah), orang tua tiri, wali sah, mertua, saudara laki-laki atau saudara perempuan (termasuk saudara diri dan saudara ipar), anak (termasuk anak adopsi, anak asuh atau anak tiri), menantu laki-laki atau menantu perempuan, kakek/nenek atau cucu.

**Biaya transportasi yang wajar** adalah biaya transportasi pulang pergi dengan kelas ekonomi. Saat mengajukan klaim, masukkan salinan tiket perjalanan dan akta kematian atau surat dokter yang mendukung perjalanan tersebut. Santunan tidak mencakup akomodasi hotel atau biaya terkait lainnya.

### **Biaya perjalanan untuk satu orang yang menemani orang yang dievakuasi/dipulangkan**

Biaya perjalanan untuk satu orang yang menemani orang yang dievakuasi/dipulangkan. Jika mereka tidak dapat melakukan perjalanan dengan kendaraan yang sama, kami akan membayar biaya transportasi alternatif dengan tarif ekonomi. Setelah perawatan selesai, kami

juga akan menanggung biaya perjalanan pulang pendamping, dengan tarif ekonomi, ke negara tempat evakuasi/repatriasi dimulai.

Pertanggungan di bawah manfaat ini hanya tersedia jika evakuasi/pemulangan terkait juga ditanggung dalam manfaat Anda. Pertanggungan tidak termasuk akomodasi hotel atau biaya terkait lainnya.

### **Biaya spesialis**

Perawatan nonbedah yang dilakukan atau diberikan oleh dokter berlisensi. Manfaat ini tidak mencakup biaya psikiater, psikolog atau perawatan lain yang sudah ditanggung oleh manfaat lain menurut Daftar Manfaat Anda. Kami tidak menanggung perawatan spesialis yang tidak termasuk dalam polis Anda.

### **Copay**

Persentase biaya yang Anda harus bayar. Mis. jika manfaat memberi pengembalian dana sebesar 80%, ini berarti bahwa co-payment sebesar 20% berlaku, sehingga kami akan membayar 80% dari biaya perawatan yang diperbolehkan per tertanggung, per Tahun Asuransi. Layanan konsultasi video tidak dikenakan pembayaran bersama ketika diakses melalui TeleHealth Hub.

### **CPME/CTT**

Singkatan dari Continuous Personal Medical Exclusions dan Continuous Transfer Terms. Akronim ini adalah kelanjutan ketentuan underwriting yang sama, termasuk pengecualian khusus dan/atau biaya tambahan, yang diterapkan dengan penanggung sebelumnya. Anda tidak akan dikenakan ketentuan underwriting pribadi yang baru. Santunan masih akan diatur berdasarkan manfaat, syarat dan ketentuan rencana dengan kami. Ketentuan underwriting dengan kami adalah CPME/CTT sebelumnya MORI atau CPME/CTT sebelumnya FMU. Lihat definisi 'CPME/CTT sebelumnya MORI' dan 'CPME/CTT sebelumnya FMU' untuk informasi lebih lanjut.

### **CPME/CTT sebelumnya FMU**

Kelanjutan ketentuan full medical underwriting yang Anda miliki dengan penanggung sebelumnya. Santunan masih akan diatur berdasarkan manfaat, syarat dan ketentuan rencana dengan kami.

### **CPME/CTT sebelumnya MORI**

Kelanjutan tanggal berlaku moratorium Anda jika Anda memiliki ketentuan underwriting moratorium dengan penanggung sebelumnya. Santunan masih akan diatur berdasarkan manfaat, syarat dan ketentuan rencana dengan kami.

### **Deductible**

Disebut juga sebagai 'kelebihan' dalam asuransi kesehatan. Ini adalah bagian dari biaya yang harus dibayarkan oleh Anda dan kami mengurangi dari jumlah yang kami akan bayarkan.

Jika deductible berlaku, maka harus dibayarkan per orang per Tahun Asuransi, kecuali Daftar Manfaat Anda menyatakan sebaliknya.

### **Dokter**

Orang yang memiliki izin untuk berpraktik menurut hukum negara di mana perawatan diberikan dan ketika menjalankan praktik dalam batas lisensi mereka.

### **Dokter gigi**

Orang yang:

- mendapatkan gelar khusus dalam perawatan gigi dan/atau pembedahan gigi dengan mengikuti pendidikan sekolah kedokteran gigi dan/atau kedokteran yang diakui oleh lembaga profesional terakreditasi terkait, dan
- memiliki izin dari badan terkait untuk melakukan perawatan gigi dan/atau operasi gigi di negara tempat perawatan diberikan.

### **Dokter umum**

Dokter yang memiliki izin untuk menjalani praktik menurut hukum negara di mana perawatan diberikan dan ketika mereka berpraktik dalam batasan lisensi mereka.

### **Evakuasi medis**

Ini berlaku untuk skema berikut:

- Jika perawatan yang diperlukan yang ditanggung tidak tersedia di tempat itu.
- Jika darah yang diskriminasi dengan memadai tidak tersedia dalam keadaan darurat

Kami akan mengevakuasi Anda ke pusat medis terdekat yang sesuai (yang bisa atau tidak bisa di negara asal Anda) dengan ambulans, helikopter atau pesawat terbang. Evakuasi medis harus diajukan oleh dokter Anda, dan akan dilakukan dengan cara yang paling ekonomis sesuai dengan kondisi medis Anda. Setelah selesai perawatan, kami juga akan menanggung biaya perjalanan pulang dengan tarif ekonomi ke negara tempat tinggal Anda.

Jika Anda tidak bisa melakukan perjalanan atau dievakuasi karena alasan medis setelah keluar dari episode pelayanan rawat inap, kami akan menanggung biaya akomodasi hotel yang sesuai di kamar private en-suite hingga 14 hari. Kami tidak menanggung biaya untuk akomodasi suite hotel, akomodasi hotel bintang empat atau lima atau akomodasi hotel untuk pendamping.

Jika Anda dievakuasi ke pusat medis yang sesuai dan terdekat untuk menjalani perawatan yang berjalan, kami akan menanggung biaya akomodasi hotel yang sesuai dalam kamar private en-suite. Biaya ini harus lebih ekonomis daripada biaya rangkaian perjalanan antara pusat medis terdekat dan negara tempat tinggal Anda. Akomodasi hotel untuk pendamping tidak ditanggung.

Ketika darah yang diskriminasi yang memadai tidak tersedia di tempat itu, kami akan, jika sesuai, berusaha untuk menemukan dan membawa darah yang diskriminasi dan peralatan transfusi yang steril, jika ini disarankan oleh dokter yang merawat dan ahli medis kita sendiri. Kami dan agen kami tidak bertanggung jawab jika kami tidak berhasil atau jika darah terkontaminasi atau peralatan digunakan oleh pihak yang merawat.

Anda harus menghubungi kami di indikasi pertama bahwa Anda memerlukan evakuasi. Dari sini dan seterusnya, kami akan mengatur dan melakukan koordinasi evakuasi hingga Anda tiba dengan selamat di tempat tujuan perawatan. Jika layanan evakuasi tidak diatur oleh kami, kami berhak untuk menolak semua biaya yang ditimbulkan.

Dalam hal perawatan non-darurat, pertanggungjawaban hanya tersedia jika manfaat untuk 'Evakuasi medis dalam hal perawatan non-darurat' termasuk dalam rencana Anda, dan jika perawatan yang diperlukan yang ditanggung tidak tersedia secara lokal.

### **Fisioterapi yang diresepkan**

Perawatan yang diberikan oleh fisioterapis bersertifikat setelah dirujuk oleh dokter. Fisioterapi (baik diresepkan, atau kombinasi perawatan yang tidak diresepkan dan perawatan yang diresepkan) awal terbatas untuk 12 sesi per kondisi, setelah itu perawatan harus ditinjau oleh terapis Anda atau dokter yang merujuk Anda.

Jika Anda memerlukan sesi lanjutan, terapis/dokter Anda harus mengirimkan kepada kami laporan kemajuan yang baru dan rencana perawatan untuk kondisi Anda yang menunjukkan kebutuhan medis untuk perawatan lagi. Mereka juga harus melakukan ini setelah setiap serangkaian 12 sesi berikutnya.

Fisioterapi tidak mencakup terapi seperti Rolfing, pijat, Pilates, Fango dan Milta.

### **Fisioterapi pasca-rawat inap**

Perawatan fisioterapi yang diperlukan dalam 90 hari setelah keluar dari perawatan rawat inap atau harian yang berdurasi kurang dari tiga hari.

### **Full medical underwriting (FMU)**

Penilaian risiko asuransi berdasarkan informasi yang Anda berikan kepada kami saat mengajukan permohonan polis. Tim underwriting kami menggunakan informasi untuk menetapkan ketentuan penawaran kami.

### **Gigi biasa**

Gigi asli, bukan implan buatan atau penggantian.

### **Group Scheme Manager**

Perwakilan yang ditunjuk oleh perusahaan Anda, yang bertindak sebagai perwakilan antara perusahaan dan kami mengenai hal-hal terkait administrasi rencana seperti pendaftaran, penagihan dan perpanjangan premi.

### **Implan gigi**

Prostesis yang berinteraksi dengan tulang rahang atau tengkorak untuk menyangga prostesis gigi seperti mahkota gigi, jembatan gigi atau gigi palsu, bersama dengan perawatan bedah terkait. Saat mengajukan klaim untuk implan gigi, harap sertakan foto rontgen sebelum dan sesudah perawatan.

### **Jaringan penyedia medis**

Semua penyedia medis dengan siapa kami mengadakan pengaturan di tempat untuk pembayaran langsung biaya medis anggota kami.

### **Kami/Milik Kami/Kita**

PT Asuransi Central Asia.

### **Keadaan Darurat**

Serangan kondisi medis yang tiba-tiba dan tak terduga yang memerlukan bantuan medis cepat. Hanya perawatan yang dimulai dalam 24 jam kejadian darurat akan ditanggung.

### **Kecelakaan**

Suatu kejadian tiba-tiba, tidak terduga yang menyebabkan cedera dan terjadi karena penyebab eksternal bagi tertanggung. Penyebab dan gejala cedera harus bisa ditentukan secara medis dan objektif, yang memungkinkan diagnosis dan memerlukan terapi.

### **Kehamilan**

Periode waktu ketika Anda mengandung, sejak dari tanggal diagnosis pertama sampai kelahiran.

### **Kelainan bawaan**

Kondisi tidak normal, deformitas, penyakit, gangguan, sakit, kelainan struktur, kerusakan, cacat, anomali atau cedera yang turun-temurun atau diperoleh sebelum atau saat lahir. Kelainan bawaan bisa diagnosis pada saat lahir atau di kemudian hari.

### **Keperluan medis**

Perawatan, layanan atau persediaan medis yang memenuhi semua berikut ini:

- Penting untuk mengidentifikasi atau merawat kondisi, penyakit atau cedera Anda.
- Sama dengan gejala, diagnosis atau perawatan Anda dari kondisi dasar.
- Sesuai dengan praktik medis dan standar perawatan profesional yang diterima pada umumnya di komunitas medis pada saat itu (ini tidak berlaku untuk perawatan pendamping jika mereka masuk dalam santunan Anda).
- Diperlukan untuk alasan selain kenyamanan Anda atau dokter Anda.
- Terbukti dan dipastikan mempunyai nilai medis (ini tidak berlaku untuk cara perawatan pendamping jika masuk dalam santunan Anda).
- Dianggap sebagai jenis dan tingkat layanan atau persediaan yang paling tepat.

- Diberikan pada fasilitas yang tepat, pengaturan yang tepat dan tingkat pelayanan yang tepat untuk perawatan kondisi medis Anda.
- Diberikan hanya untuk jangka waktu yang sesuai.

Dalam definisi ini, istilah “sesuai” berarti mempertimbangkan keselamatan pasien dan efektivitas biaya. Mengenai pelayanan rawat inap, “diperlukan secara medis” juga berarti bahwa diagnosis tidak bisa dibuat atau perawatan tidak bisa diberikan secara aman dan efektif untuk rawat jalan.

### **Keterlambatan perkembangan**

Investigasi dan perawatan medis yang diperlukan karena keterlambatan perkembangan kognitif yang telah ditetapkan selama minimal 12 bulan – ini ditanggung jika manfaat ‘Keterlambatan perkembangan’ termasuk dalam rencana Anda. Keterlambatan perkembangan, termasuk kesulitan bicara, persepsi yang terlambat, disleksia dan kesulitan belajar, harus diukur dan didokumentasikan secara kuantitatif oleh tenaga medis yang berkualifikasi.

Biaya untuk psikiatri dan psikoterapi, terapi wicara dan terapi okupasi akan ditanggung di bawah manfaat ini hingga batas yang tertera pada Daftar Manfaat Anda. Sesi konseling hanya akan ditanggung jika diberikan oleh konselor atau psikoterapis yang berkualifikasi. Kami tidak menanggung dukungan pendidikan harian, penerimaan, penginapan, atau perawatan penitipan anak di fasilitas pendidikan khusus.

### **Komplikasi kehamilan**

Perawatan yang diperlukan secara medis untuk diabetes gestasional, pre-eklampsia, bayi lahir mati dan mola hidatidosa, jika berhubungan dengan kesehatan ibu selama tahap kehamilan pra-kelahiran. Harap diperhatikan bahwa jika terjadi kehamilan ektopik, keguguran, atau ancaman keguguran, pertanggungjawaban diberikan di bawah manfaat pelayanan kesehatan non-kehamilan anggota. Biaya pra-kelahiran lainnya ditanggung berdasarkan manfaat ‘Persalinan rutin’.

### **Komplikasi persalinan**

Operasi sesar yang diperlukan secara medis, pendarahan pascapersalinan dan membran plasenta yang tertahan saja. Ini termasuk biaya rumah sakit, biaya dokter spesialis, dan biaya bidan yang terkait dengan persalinan. Untuk operasi caesar yang tidak diperlukan secara medis, silakan lihat definisi ‘Persalinan rutin’.

### **Kondisi kronis**

Sakit, penyakit atau cedera yang berlangsung dalam waktu lebih dari enam bulan atau memerlukan perhatian medis (seperti pemeriksaan atau perawatan) minimal sekali dalam setahun. Kondisi ini juga memiliki satu karakteristik atau lebih yaitu:

- Kondisi yang terjadi berulang.
- Tanpa obat yang umum diakui dan diketahui.

- Biasanya tidak memberi respons pada perawatan.
- Memerlukan perawatan paliatif.
- Menyebabkan cacat permanen.

Lihat bagian “Catatan” dari Daftar Manfaat Anda untuk memastikan apakah kondisi kronis ditanggung.

### **Kondisi medis akut**

Suatu kondisi medis yang berlangsung singkat, memiliki titik akhir tertentu, dan, menurut opini yang wajar, berdasarkan saran atau saran umum bisa disembuhkan dengan perawatan.

### **Kondisi yang sudah ada sebelumnya**

Kondisi medis dengan satu gejala atau lebih yang timbul sewaktu-waktu dalam hidup Anda atau tanggungan Anda. Ini berlaku tanpa memandang apakah Anda atau tanggungan Anda mencari saran atau perawatan medis. Kami akan menganggap kondisi medis apa pun sebagai kondisi medis yang sudah ada sebelumnya jika kami dapat menentukan bahwa Anda atau tanggungan Anda akan mengetahuinya.

### **Ketentuan berikut tentang kondisi yang sudah ada sebelumnya yang berlaku jika Sertifikat Asuransi Anda menunjukkan bahwa ketentuan underwriting Anda Full Medical Underwriting atau CPME/CTT yang sebelumnya FMU:**

Kami juga akan menganggap sebagai kondisi medis yang sudah ada sebelumnya yang muncul di antara tanggal Anda mengisi formulir permohonan dan kemudian:

- Tanggal kami mengeluarkan Sertifikat Asuransi Anda atau
- Tanggal berlaku polis Anda

Kondisi yang ada sebelumnya tersebut juga akan disesuaikan dengan full medical underwriting dan jika kondisi tersebut tidak diungkapkan, maka tidak akan ditanggung. Lihat bagian “Catatan” pada Daftar Manfaat Anda untuk memastikan apakah kondisi yang sudah ada sebelumnya ditanggung.

### **Ketentuan berikut tentang kondisi yang sudah ada sebelumnya berlaku jika Sertifikat Asuransi Anda menunjukkan bahwa ketentuan underwriting adalah Moratorium atau CPME/CTT yang sebelumnya MORI:**

Klaim Anda tidak akan dibayar jika berkaitan dengan kondisi medis yang sudah ada sebelumnya, jika satu atau lebih berikut ini telah berlaku selama jangka waktu 24 bulan sebelum tanggal berlaku Anda (atau tanggal yang tercantum dalam Sertifikat Asuransi):

- Ini cukup bisa dilihat bahwa kondisi medis akan terjadi setelah tanggal berlaku polis Anda.
- Kondisi terlihat sangat jelas menunjukkan adanya tanda atau gejala, yang memerlukan perawatan, pemeriksaan atau pengobatan.
- Berdasarkan pengetahuan terbaik Anda, Anda mengetahui kondisi tersebut.

Setelah Anda menyelesaikan jangka waktu 24-bulan terus menerus setelah tanggal Anda bergabung, kami bisa menanggung kondisi medis Anda yang sudah ada sebelumnya asalkan Anda tidak memiliki gejala, perawatan yang diperlukan atau diterima, obat, diet atau saran khusus atau mengalami indikasi kondisi lainnya. Jika Anda mengalami gejala, membutuhkan atau menerima perawatan, pengobatan, diet khusus atau nasihat atau indikasi lain dari kondisi apa pun selama masa tunggu 24 bulan, maka masa tunggu akan dimulai kembali untuk kondisi tersebut (moratorium bergulir).

### **Layanan konsultasi video**

Layanan diakses melalui TeleHealth Hub, yang memberi akses langsung ke dokter via platform telekomunikasi. Manfaat ini menanggung biaya konsultasi video, seperti yang tercantum dalam Daftar Manfaat Anda dan memberikan saran medis, diagnosis dan pengeluaran resep, jika diperlukan, untuk perawatan medis nondarurat. Akses ke layanan telekonsultasi dan resep akan tergantung pada lokasi wilayah Anda dan peraturan negara setempat. Anda bisa membuat temu janji untuk berbicara dengan dokter dalam Bahasa Inggris, sesuai dengan ketersediaan waktu. Beberapa penyedia pihak ketiga memberikan bahasa utama tambahan. Biaya obat tidak termasuk, tetapi pengiriman obat atau rujukan mungkin atau tidak termasuk dalam manfaat ini, bahkan saat diresepkan atau disarankan selama konsultasi video.

Jika Anda mengakses layanan telekonsultasi di luar TeleHealth Hub, manfaat 'Layanan konsultasi video' tidak berlaku. Pertanggunganaan akan tunduk pada ketentuan manfaat yang akan berlaku jika konsultasi dilakukan secara tatap muka.

### **Manfaat meninggal karena kecelakaan**

Jumlah yang tercantum dalam Daftar Manfaat yang harus dibayarkan jika tertanggung (usia 18 hingga 70 tahun) meninggal dunia karena kecelakaan (termasuk cedera di tempat kerja), jika kecelakaan terjadi selama periode asuransi, dan tertanggung meninggal dunia dalam waktu 365 hari sejak tanggal kecelakaan.

### **Manfaat tunai rawat inap di rumah sakit - pemerintah**

Jumlah yang kami harus dibayarkan ketika Anda menjalani rawat inap di rumah sakit pemerintah untuk kondisi medis yang ditanggung oleh kami. Rumah sakit pemerintah adalah rumah sakit yang dimiliki, dikelola, dan sebagian besar dibiayai oleh pemerintah di negara tempat rumah sakit tersebut berada. Manfaat tunai ini terbatas pada jumlah yang ditentukan dalam Daftar Manfaat dan dibayarkan setelah Anda keluar dari rumah sakit.

### **Masa tunggu**

Periode waktu yang dimulai dari tanggal mulai polis Anda (atau tanggal efektif jika Anda tanggungan), periode waktu Anda tidak berhak atas santunan untuk manfaat tertentu. Daftar Manfaat Anda menunjukkan manfaat mana yang sesuai dengan masa tunggu. Masa tunggu tidak berlaku untuk Anda jika polis Anda non-underwritten.

### **Moratorium (MORI)**

Masa tunggu selama 24 bulan dari tanggal berlaku atau tanggal yang tercantum dalam bagian ketentuan khusus Sertifikat Asuransi Anda yang sudah berlaku sebelum klaim untuk kondisi medis yang sudah ada sebelumnya menjadi diperbolehkan dalam rencana. Ini mencakup ketentuan underwriting CPME/CTT sebelumnya MORI. Setelah Anda menyelesaikan masa 24 bulan terus menerus setelah tanggal berlaku, kondisi medis yang sudah ada sebelumnya mungkin ditanggung, asalkan Anda tidak mempunyai gejala, perawatan yang diperlukan atau diterima, obat, diet atau saran khusus, atau mengalami indikasi medis lain.

### **Negara asal**

Negara tempat Anda memegang paspor Anda sekarang atau negara tempat tinggal Anda.

### **Negara tempat tinggal**

Negara tempat Anda dan tanggungan Anda (jika berlaku) tinggal lebih dari enam bulan dalam satu Tahun periode Asuransi.

### **Olahraga profesional**

Semua aktivitas olahraga yang Anda lakukan dan dari situ Anda memperoleh gaji atau kompensasi ekonomi lainnya.

### **Onkologi**

Biaya spesialis, tes diagnostik, radioterapi, kemoterapi dan biaya rumah sakit yang berkaitan dengan perawatan kanker dari saat diagnosis. Kami juga menanggung biaya perangkat prostetik eksternal untuk tujuan kecantikan, misalnya wig untuk rambut rontok atau bra prostetik setelah perawatan kanker payudara.

### **Operasi gigi**

Operasi yang berhubungan dengan gigi dan mulut, seperti operasi cabut gigi (termasuk gigi impaksi), apikoektomi dan operasi pengangkatan kista. Manfaat ini juga mencakup perawatan yang diperlukan untuk mendukung operasi gigi, termasuk obat resep dokter gigi dan prosedur investigasi seperti tes laboratorium, rontgen, CT dan MRI scan yang menentukan perlunya operasi gigi. Harap diperhatikan bahwa operasi gigi tidak mencakup perawatan operasi yang berkaitan dengan implan gigi.

Perawatan operasi untuk gangguan sendi temporomandibular, patah tulang wajah, kelainan bentuk rahang bawaan, penyakit kelenjar ludah dan tumor ditanggung dalam batas manfaat yang relevan dari Rencana Inti. Operasi ortognatik untuk koreksi maloklusi juga ditanggung dalam batas-batas ini, tetapi pertanggungan hanya diberikan jika manfaat 'Perawatan ortodontik' juga disertakan dalam rencana Gigi Anda.

### Operasi rawat jalan

Prosedur bedah yang dilakukan dalam fasilitas ruang operasi, rumah sakit, fasilitas perawatan sehari atau departemen rawat jalan yang tidak mengharuskan Anda untuk menginap selain kebutuhan medis.

### Operasi rekonstruktif

Biaya perawatan untuk mengembalikan fungsi atau bentuk asli setelah mengalami kecelakaan yang mengakibatkan cacat atau operasi kanker. Santunan tersedia jika perawatan untuk kecelakaan atau operasi awal juga ditanggung oleh polis ini.

### Operasi untuk Pencegahan

Masektomi pencegahan atau pengangkatan indung telur. Kami akan membayar operasi untuk pencegahan ketika:

- Anda memiliki riwayat keluarga langsung penyakit yang merupakan bagian sindrom kanker keturunan (misalnya, kanker payudara atau kanker ovarium) dan
- Uji genetik menentukan adanya sindrom kanker keturunan.

### Ortodontik

Penggunaan perangkat untuk memperbaiki maloklusi (pergeseran gigi dan gigitan Anda). Kami hanya menanggung perawatan ortodontik yang memenuhi kriteria kebutuhan medis di bawah ini. Karena kriteria ini bersifat sangat teknis, silakan menghubungi kami sebelum memulai perawatan sehingga kami bisa memverifikasi apakah perawatan Anda memenuhi kriteria.

#### Kriteria kebutuhan medis:

- Peningkatan overjet (jarak gigit) > 6mm tetapi ≤ 9 mm
- Reverse overjet > 3.5 mm tanpa kesulitan mengunyah atau berbicara
- Crossbite anterior atau crossbite posterior dengan ketidaksesuaian > 2 mm antara posisi retruded contact dan posisi intercuspal
- Perpindahan gigi yang parah > 4
- Gigitan terbuka lateral atau anterior ekstrem > 4 mm
- Gigi tonggos yang meningkat dan lengkap dengan trauma gingiva atau palatal
- Hipodontia yang kurang ekstensif memerlukan ortodonti prarestoratif atau penutupan ruang ortodonti untuk mencegah perlunya protesis
- Crossbite posterior lingual tanpa occlusal contact yang bekerja dalam satu segmen bukal atau lebih
- Reverse overjet > 1 mm tetapi < 3.5 mm dengan rekaman kesulitan mengunyah dan berbicara
- Erupsi gigi sebagian, tipping, terpendam, terhadap gigi yang berdekatan
- Gigi berlebih yang sudah ada

Anda harus mengirimkan kepada kami beberapa informasi pendukung untuk menunjukkan bahwa perawatan Anda secara medis diperlukan sehingga ditanggung oleh rencana Anda. Informasi yang kami minta bisa mencakup, tetapi tidak terbatas pada:

- Laporan medis yang dikeluarkan oleh spesialis yang menyatakan diagnosis (jenis maloklusi) dan deskripsi gejala Anda yang disebabkan oleh masalah ortodonti.
- Rencana perawatan yang menunjukkan perkiraan durasi dan biaya perawatan serta tipe/materi perlengkapan yang digunakan.
- Pengaturan pembayaran yang disetujui dengan penyedia medis.
- Bukti pembayaran untuk perawatan ortodonti.
- Foto kedua rahang yang dengan jelas menunjukkan pertumbuhan gigi sebelum perawatan.
- Foto klinis rahang dalam kondisi tertutup di tengah dari tampilan frontal dan lateral.
- Ortopantografi (X-ray yang luas).
- Profil X-ray (X-ray sefalometrik).

Kami hanya akan menanggung biaya behel metalik standar dan/atau alat yang bisa dilepas standar. Namun, kami akan menanggung alat seperti behel lingual dan alat perata gigi yang tak terlihat hingga biaya behel metalik, sesuai dengan batas manfaat 'perawatan Ortodonti'.

### **Partner**

Partner resmi atau orang yang tinggal dengan Anda dalam hubungan secara de facto selama jangka waktu 12 bulan secara terus menerus.

### **Pelayanan rawat inap**

Perawatan yang diterima di rumah sakit ketika pasien menginap untuk keperluan medis.

### **Pelayanan rawat jalan**

Perawatan yang disediakan untuk kegiatan atau operasi dokter, terapis atau spesialis yang tidak mengharuskan Anda dirawat di rumah sakit.

### **Pelayanan sebelum persalinan**

Skrining biasa dan tes lanjutan yang diperlukan selama kehamilan. Untuk wanita usia 35 tahun ke atas, ini mencakup tes Triple/Bart, Quadruple dan Spina Bifida, amniosentesis dan, jika langsung berkaitan dengan amniosentesis yang diperbolehkan, analisis DNA.

### **Pelayanan setelah persalinan**

Perawatan medis masa nifas rutin yang diterima oleh ibu hingga enam minggu setelah melahirkan.

### **Pembayaran langsung**

Ketika kami membayar biaya perawatan atau layanan secara langsung dengan penyedia medis dalam jaringan penyedia medis.

### **Pemeriksaan kesehatan dan kesejahteraan termasuk skrining untuk pendeteksian awal sakit atau penyakit**

Pengecekan, tes dan pemeriksaan kesehatan rutin yang dilakukan dengan interval usia yang sesuai, dan dilakukan tanpa adanya gejala klinis. Agar ditanggung, Anda harus mendapat layanan skrining kesehatan dan kesejahteraan di lembaga medis berlisensi atau lembaga pemeriksaan kesehatan berlisensi, atau di bawah bimbingan dokter dalam pengaturan yang tepat dan sesuai dengan pedoman praktik klinis internasional. Kami tidak menanggung pemeriksaan yang berlebihan atau tidak perlu, seperti USG seluruh tubuh, MRI atau CT scan.

### **Pemeriksaan pendengaran tahunan**

Pemeriksaan/pengecekan yang dilakukan atau diresepkan oleh spesialis dan dijalankan tanpa adanya gejala klinis. Jika manfaat ini tersedia dalam rencana Anda, kami menanggung satu pemeriksaan per Tahun Asuransi. Berikut layanan yang ditanggung di bawah manfaat ini:

- Konsultasi
- Skrining audiometri nada murni
- Timpanometri

### **Pemulangan jenazah**

Pengiriman jenazah bertanggung ke negara asalnya. Jika bertanggung meninggal di negara asalnya, kami akan menanggung transportasi ke lokasi pemakaman atau kremasi di negara asal tersebut, atau ke negara asal lainnya jika ada lebih dari satu negara asal. Kami menanggung biaya seperti: pembalsaman, kontainer yang sesuai secara hukum untuk membawa, mengirimkan dan otorisasi pemerintah yang diperlukan. Biaya kremasi hanya akan ditanggung jika kremasi diperlukan untuk tujuan hukum. Kami tidak menanggung biaya yang timbul untuk pendamping jenazah kecuali tercantum dalam Daftar Manfaat Anda.

### **Perawatan**

Intervensi medis, bedah, atau terapeutik yang diterima untuk mendiagnosis, mencegah, menyembuhkan atau meringankan penyakit dan cedera, atau gangguan fisik dan mental.

### **Perawatan bayi baru lahir**

Akomodasi bayi baru lahir dan pemeriksaan penting, prosedur dan perawatan diagnostik yang diperlukan setelah kelahiran:

- Pemeriksaan biasa yang diperlukan untuk memperkirakan integritas dan fungsi dasar organ dan struktur rangka anak
- Satu pemeriksaan pendengaran
- Tes skrining untuk PKU, hipotiroid kongenital dan G6PD
- Vitamin K, hepatitis B dan vaksinasi BCG

Santunan tidak mencakup prosedur diagnostik preventif lanjutan, seperti swab rutin atau tes golongan darah. Namun, jika untuk alasan medis anak tersebut memerlukan pemeriksaan dan perawatan lanjutan, ini semua ditanggung menurut polis bayi baru lahir (jika sudah

ditambahkan sebagai tanggungan). Untuk bayi lahir kembar dari reproduksi berbantuan medis, semua bayi yang lahir dari ibu pengganti, dan semua anak adopsi dan anak asuh, pelayanan rawat inap terbatas pada US\$ 40,500 per anak selama tiga bulan pertama setelah kelahiran; batasan ini berlaku sebelum manfaat lain dalam rencana Anda. Pelayanan rawat jalan dibayarkan menurut ketentuan Out-patient Plan.

#### **Perawatan darurat di luar area cakupan**

Perawatan untuk keadaan darurat medis yang terjadi selama melakukan bisnis atau perjalanan liburan di luar area cakupan Anda. Santunan diberikan hingga enam minggu per perjalanan dalam jumlah manfaat maksimum. Ini mencakup perawatan yang diperlukan karena kecelakaan atau awal tiba-tiba atau memburuknya penyakit parah yang menyebabkan ancaman langsung pada kesehatan Anda. Perawatan dari dokter harus dimulai selama 24 jam dari kejadian darurat. Santunan tidak diberikan untuk perawatan kuratif atau nondarurat tindak lanjut meskipun Anda dianggap tidak bisa bepergian ke negara dalam area wilayah cakupan Anda. Atau tidak bisa sampai ke biaya yang berkaitan dengan melahirkan, kehamilan, persalinan atau komplikasi kehamilan atau persalinan. Beri tahu Group Scheme Manager perusahaan Anda jika Anda akan berada di luar area cakupan untuk lebih dari enam minggu.

#### **Perawatan di rumah atau rumah pemulihan**

Perawatan yang diterima langsung setelah, atau sebagai pengganti, rawat inap yang diperbolehkan atau perawatan sehari. Kami akan membayarkan manfaat yang tercatat pada Daftar Manfaat jika dokter yang merawat memutuskan bahwa ini diperlukan secara medis bagi Anda untuk tinggal di rumah pemulihan atau memiliki perawat pendamping di rumah. Manfaat ini juga harus disetujui oleh Direktur Medis kami. Manfaat ini tidak menanggung spa, pusat penyembuhan, resor kesehatan, perawatan paliatif atau perawatan jangka panjang.

#### **Perawatan gangguan makan**

Kombinasi psikoterapi, termasuk terapi perilaku kognitif, pengawasan medis, pengobatan yang diresepkan dan konseling nutrisi untuk mengobati anoreksia nervosa, bulimia nervosa dan gangguan perilaku makan.

Perawatan sehari atau pelayanan rawat inap harus termasuk resep obat yang berkaitan dengan kondisi tersebut.

Terapi rawat jalan (jika ditanggung) memerlukan rujukan dari dokter dan terbatas untuk 10 sesi per kondisi untuk terapi awal. Setelah setiap 10 sesi, psikiater harus meninjau perawatan tersebut. Jika Anda memerlukan sesi lagi, Anda harus mengirimkan kepada kami laporan kemajuan yang menunjukkan diagnosis dan kebutuhan medis untuk perawatan lebih lanjut.

Perawatan ditanggung sebagai bagian dari manfaat 'Psikiatri dan psikoterapi' dari Rencana Rawat Jalan Anda, jika Anda memilikinya. Periksa Daftar Manfaat Anda untuk mengetahui batasan yang mungkin berlaku.

### **Perawatan gangguan spektrum autisme**

Berbagai terapi untuk meningkatkan keterampilan bertanggung penderita autisme. Perawatan ini mencakup perawatan medis spesialis dan program perilaku terakreditasi. Perawatan ditanggung sebagai bagian manfaat 'Psikiatri dan psikoterapi' dari rencana Out-patient Anda, jika Anda memilikinya. Jika rencana Anda mencakup manfaat 'Keterlambatan perkembangan', maka manfaat ini juga mencakup terapi wicara yang diresepkan dan terapi okupasi untuk perawatan autisme. Silakan lihat Daftar Manfaat Anda untuk mengetahui batasan yang berlaku. Kami tidak menanggung dukungan pendidikan sehari-hari, rawat inap, menginap atau perawatan sehari di fasilitas pendidikan khusus.

### **Perawatan gigi**

Perawatan gigi rutin, preventif, dan restoratif, termasuk, tetapi tidak terbatas pada, pemeriksaan rutin, scaling dan pemolesan rutin, penambalan sederhana untuk gigi berlubang atau pembusukan, perawatan saluran akar, pencabutan sederhana, dan obat resep gigi. Perawatan untuk gangguan sendi temporomandibular (tidak termasuk pelindung/bidai dan perawatan ortodontik), patah tulang wajah, kelainan bentuk rahang bawaan, penyakit kelenjar ludah dan tumor ditanggung dalam batas manfaat yang sesuai dengan Rencana Inti dan Rencana Rawat Jalan (bila ada).

### **Perawatan gigi rawat inap darurat**

Perawatan gigi darurat akut untuk penghilang rasa sakit yang disebabkan oleh kecelakaan serius dan memerlukan rawat inap di rumah sakit. Perawatan harus dilakukan dalam 24 jam dari kejadian darurat. Santunan tidak sampai pada perawatan gigi lanjutan, operasi gigi, prostesis gigi, ortodonti atau periodonti. Jika santunan diberikan untuk manfaat ini, maka itu akan tercantum terpisah dalam Daftar Manfaat.

### **Perawatan gigi rawat jalan**

Manfaat yang secara khusus menanggung perawatan gigi rawat jalan yang diperlukan sebagai lanjutan dari rawat inap dari kerusakan yang tidak disengaja hingga gigi asli. Santunan diberikan ketika perawatan gigi rawat jalan diperlukan dalam waktu 90 hari setelah pulang dari pelayanan rawat inap. Santunan mencakup biaya untuk menyediakan dan memasang implan gigi.

### **Perawatan gigi rawat jalan darurat**

Perawatan yang diterima dalam operasi gigi atau kamar darurat rumah sakit untuk penghilang sakit gigi langsung yang disebabkan oleh kecelakaan atau cedera dari gigi sehat alami. Perawatan bisa meliputi pulpotomi atau pulpektomi dan penambalan sementara selanjutnya, terbatas pada tiga tambalan per Tahun Asuransi. Perawatan harus dilakukan selama 24 jam kejadian darurat. Ini tidak termasuk bentuk prostesis gigi, restorasi permanen atau lanjutan perawatan saluran akar gigi. Namun, jika polis Anda mencakup Dental Plan, polis akan menanggung perawatan gigi dengan kelebihan batas dalam manfaat 'Perawatan gigi rawat jalan darurat'. Dalam hal ini, ketentuan Dental Plan akan berlaku.

### **Perawatan HIV atau AIDS**

Manfaat yang menanggung konsultasi, pemeriksaan, pelayanan rawat inap dan rawat jalan sehubungan dengan diagnosis Human Immunodeficiency Virus (HIV) atau Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Jika termasuk dalam rencana Anda sebagai manfaat khusus, santunan terbatas pada jumlah yang tercantum dalam Daftar Manfaat Anda.

### **Perawatan jangka panjang**

Perawatan dalam jangka waktu lama setelah perawatan akut/kuratif awal telah selesai. Hal ini biasanya terjadi pada kondisi kronis atau disabilitas yang memerlukan perawatan medis yang tidak terputus/kontinu, atau di mana pilihan perawatan terbatas pada tingkat perawatan yang ada. Perawatan jangka panjang dapat diberikan di rumah, di komunitas, di rumah sakit, fasilitas perawatan jangka panjang atau di rumah pemulihan.

### **Perawatan Kesuburan**

Semua prosedur investigasi invasif yang diperlukan untuk menentukan penyebab ketidaksuburan, seperti histerosalpingogram, laparoskopi, atau histeroskopi. Pertanggungan ini juga mencakup perawatan seperti Fertilisasi In Vitro (IVF), untuk kasus ketidaksuburan yang terdiagnosis. Kami akan menanggung biaya perawatan untuk anggota bertanggung yang menerimanya, hingga batas yang tertera pada Daftar Manfaat. Anda tidak dapat mengklaim di bawah pertanggungan pasangan/partner yang diasuransikan untuk biaya yang melebihi batas manfaat Anda.

Semua prosedur investigasi non-invasif yang dilakukan untuk menentukan penyebab ketidaksuburan ditanggung dalam batas manfaat yang relevan dari Rencana Rawat Jalan (jika Anda memilikinya). Contoh manfaat yang menanggung prosedur pemeriksaan non-invasif adalah 'Tes diagnostik', 'Biaya praktisi medis' dan 'Biaya dokter spesialis'.

Untuk bayi kembar yang lahir sebagai hasil dari reproduksi yang dibantu secara medis, semua bayi yang lahir melalui ibu pengganti, dan semua anak yang diadopsi dan diasuh, perawatan rawat inap dibatasi hingga US\$ 40.500 per anak untuk tiga bulan pertama setelah kelahiran; batas ini berlaku sebelum manfaat lain dalam rencana Anda. Perawatan rawat jalan dibayarkan sesuai dengan ketentuan Rencana Rawat Jalan.

### **Perawatan laser mata**

Operasi refraksi kualitas kornea mata menggunakan teknologi laser, termasuk pemeriksaan perioperatif yang diperlukan.

### **Perawatan Ortomolekular**

Perawatan alternatif yang bertujuan untuk memperbaiki keseimbangan biokimia individu melalui suplemen. Ini menggunakan bahan alami seperti vitamin, mineral, enzim dan hormon.

### **Perawatan paliatif**

Perawatan berjalan yang bertujuan untuk mengurangi penderitaan fisik/psikologi yang berkaitan dengan penyakit yang progresif, tidak bisa disembuhkan dan untuk menjaga

kualitas hidup. Ini mencakup pelayanan rawat inap, perawatan sehari dan rawat jalan setelah mendapat diagnosis kondisi terminal. Kami akan membayar perawatan fisik, perawatan psikologi, akomodasi rumah sakit atau stadium akhir, perawatan lanjut usia dan resep obat.

### **Perawatan pascarawat inap**

Pelayanan rawat jalan yang diperlukan dalam 90 hari setelah keluar dari rawat inap atau perawatan sehari untuk kondisi medis akut yang sama. Manfaat ini menanggung biaya dokter, biaya spesialis, operasi rawat jalan, resep obat, dan perban, MRI, PET dan CT scan, X-ray, tes patologi dan tes dan prosedur diagnostik lain.

### **Perawatan pendamping**

Perawatan yang dilakukan di luar pengobatan Barat tradisional. Lihat Daftar Manfaat Anda untuk memastikan apakah cara perawatan pendamping berikut ditanggung: perawatan kiropraktik, osteopati, podiatri, homeopati, obat herbal Cina (tidak termasuk suplemen herbal Cina), akupunktur, Tui na, bekam, pengaturan posisi tulang dan perawatan ayurvedic yang dilakukan oleh terapis yang diakui. Jika tersedia, biaya konsultasi juga akan ditanggung dalam manfaat ini.

Terapis Anda perlu memberikan laporan kemajuan dan rencana perawatan untuk kondisi Anda setelah setiap empat sesi.

### **Perawatan rawat jalan darurat**

Perawatan yang diterima dalam ruang korban luka atau ruang darurat dalam 24 jam dari kecelakaan atau penyakit yang tiba-tiba, di mana tidak ada kebutuhan medis bagi Anda untuk menginap di rumah sakit. Jika polis Anda mencakup manfaat rawat jalan, maka akan menjamin perawatan rawat jalan Anda dengan kelebihan batas dalam manfaat 'Perawatan rawat jalan darurat'.

### **Perawatan rehabilitasi**

Perawatan yang menggabungkan beberapa terapi seperti terapi fisik, okupasi dan terapi bicara. Rehabilitasi bertujuan untuk memulihkan bentuk atau fungsi asli setelah mengalami penyakit akut, cedera atau operasi. Perawatan harus dilakukan di tempat rehabilitasi bersertifikat dan dimulai dalam 14 hari setelah keluar dari perawatan medis akut dan/atau perawatan operasi. Santunan hanya diberikan menurut manfaat ini jika Anda menjalani rawat inap selama tiga hari/malam atau lebih berturut-turut untuk kondisi medis yang sama.

Kami menanggung biaya akomodasi rawat inap atau perawatan sehari di fasilitas rehabilitasi jika diminta oleh dokter Anda secara medis dan disetujui oleh kami.

### **Perawatan sehari**

Perawatan terencana yang dijalani di rumah sakit atau fasilitas perawatan selama sehari, termasuk kamar rumah sakit dan perawatan, yang tidak mengharuskan pasien untuk menginap dan jika catatan pemulangan dikeluarkan.

### **Perawatan untuk pencegahan**

Perawatan yang Anda terima tanpa gejala klinis pada saat perawatan (mis. Pengangkatan pertumbuhan sel pra-kanker). Manfaat ini ditanggung ketika manfaat 'Perawatan untuk pencegahan' tercantum dalam Daftar Manfaat Anda.

### **Periodonti**

Perawatan gigi yang berkaitan dengan penyakit gusi.

### **Perjanjian Perusahaan**

Perjanjian kami dengan perusahaan Anda, di mana Anda dan tanggungan Anda diberi jaminan oleh kami. Perjanjian ini mengatur siapa saja yang bisa dilindungi, kapan santunan ini berlaku, bagaimana memperpanjang polis ini dan cara membayar premi.

### **Peralatan Bedah dan bahan-bahan**

Ini yang dibutuhkan untuk melakukan pembedahan. Peralatan tersebut meliputi bagian tubuh buatan atau perangkat seperti alat pengganti, sekrup dan pelat tulang, alat pengganti katup, endovaskular stent, defibrilator yang ditanam dan alat pacu jantung.

### **Persalinan rutin**

Biaya medis yang timbul selama perawatan rutin kehamilan dan persalinan. Ini meliputi biaya rumah sakit, biaya spesialis, perawatan ibu sebelum persalinan dan perawatan setelah persalinan, biaya bidan (hanya selama persalinan) dan perawatan bayi lahir (lihat definisi 'Perawatan bayi lahir' untuk apa saja yang kami tanggung menurut manfaat ini dan untuk batasan rawat inap yang berlaku untuk semua anak adopsi dan anak asuh, semua bayi yang dilahirkan dengan ibu pengganti dan bayi lahir kembar karena reproduksi dengan bantuan medis).

Harap dicatat bahwa scan ultrasonografi 3D dan 4D ditanggung hingga biaya scan 2D saja.

Operasi sesar yang tidak diperlukan secara medis ditanggung hingga biaya persalinan biasa di rumah sakit yang sama, sesuai dengan batasan manfaat "Melahirkan normal". Operasi sesar yang diperlukan secara medis dibayarkan menurut manfaat 'Komplikasi persalinan'.

### **Perusahaan**

Pemberi kerja yang disebutkan dalam Perjanjian Perusahaan.

### **Polis dengan full medical underwriting**

Polis di mana kami meminta tertanggung untuk memberikan informasi lengkap tentang riwayat medisnya ketika tertanggung mengajukan santunan. Kami melakukan penilaian riwayat medis sebelum memastikan santunan, agar dapat menentukan jenis risiko asuransinya: dari risiko asuransi, kami dapat memastikan santunan dengan pengecualian manfaat tertentu dan/atau kenaikan premi. Santunan untuk kondisi yang sudah ada disesuaikan dengan ketentuan yang diberikan oleh Tim Underwriting kami, dan diatur menurut manfaat, syarat dan ketentuan polis.

### **Polis dengan moratorium**

Polis di mana kami tidak mempertimbangkan atau menilai riwayat medis tertanggung saat mereka mengajukan santunan. Tertanggung ditanggung atas semua pengeluaran yang memenuhi syarat yang tercantum dalam rencana mereka, sesuai dengan syarat dan ketentuan polis – namun, setiap klaim mengenai kondisi yang sudah ada disesuaikan dengan moratorium (lihat definisi).

### **Polis Non-underwritten**

Polis di mana kami tidak meminta tertanggung untuk memberikan informasi mengenai kesehatannya pada saat bergabung, karena waktu riwayat medis tertanggung tidak dipertimbangkan atau dinilai. Kondisi medis yang sudah ada ditanggung menurut manfaat, syarat dan ketentuan polis.

### **Prostesis gigi**

Mahkota gigi, inlay, onlay, rekonstruksi/restorasi perekat, jembatan gigi dan gigi palsu, serta semua yang diperlukan dan perawatan tambahan yang diperlukan. Santunan juga mencakup pelindung/bidai yang diperlukan secara medis, asalkan tidak terkait dengan bruxism atau perlindungan terhadap cedera akibat benturan. Implan gigi tidak ditanggung di bawah manfaat 'Prostesis gigi', tetapi bisa termasuk dalam santunan Anda di bawah manfaat 'Implan gigi' yang terpisah.

### **Psikiatri dan psikoterapi**

Perawatan mental, perilaku dan gangguan kepribadian, termasuk spektrum autisme dan gangguan makan. Perawatan harus dilakukan oleh psikiater, psikolog klinis atau psikoterapis bersertifikat. Kondisi tersebut harus secara klinis signifikan dan perawatannya secara medis diperlukan.

Perawatan sehari atau pelayanan rawat inap harus termasuk resep obat yang berkaitan dengan kondisi tersebut.

Pelayanan psikoterapi rawat jalan (jika ditanggung) memerlukan rujukan dari dokter dan terbatas untuk 10 sesi per kondisi untuk pertama. Setelah setiap 10 sesi, psikiater harus meninjau perawatan tersebut. Jika Anda memerlukan sesi lagi, Anda harus mengirimkan kepada kami laporan kemajuan yang menunjukkan diagnosis dan kebutuhan medis untuk perawatan lebih lanjut.

Konseling tersedia melalui Employee Assistance Programme/Program Bantuan Karyawan (EAP) dan merupakan intervensi yang jangka pendek yang berfokus pada solusi, dan biasanya berhubungan dengan masalah saat ini yang mudah diselesaikan dengan tingkat kesadaran. Layanan ini bukan ditujukan untuk situasi jangka panjang atau perawatan gangguan klinis dan tidak cocok untuk anak di bawah umur yang usianya di bawah umur menurut hukum setempat.

EAP bisa membantu Anda dan keluarga dekat Anda menghadapi situasi yang sulit yang terjadi dalam hidup, seperti stres, kecemasan, kehilangan, tantangan di tempat kerja, peralihan lintas

budaya, mengatasi isolasi dan kesendirian. Harap diperhatikan bahwa layanan EAP tidak termasuk terapi kelompok, seperti terapi keluarga.

### **Repatriasi medis**

Tingkat santunan opsional dan jika diberikan akan tercantum pada Daftar Manfaat. Jika perawatan yang diperlukan bagi Anda untuk ditanggung tidak tersedia di tempat, Anda bisa memilih dievakuasi secara medis ke negara asal Anda untuk menjalani perawatan, sebagai ganti pusat medis terdekat yang sesuai. Ini hanya berlaku ketika negara asal Anda berada dalam area wilayah cakupan. Apabila repatriasi berkaitan dengan perawatan non-darurat, pertanggungannya hanya tersedia di bawah manfaat ini apabila manfaat untuk 'Evakuasi medis jika terjadi perawatan non-darurat' juga termasuk dalam rencana Anda.

Setelah selesai perawatan, kami juga akan menanggung biaya perjalanan pulang Anda dengan tarif ekonomi, ke negara tempat tinggal Anda. Perjalanan pulang harus dilakukan dalam satu bulan setelah perawatan selesai.

Anda harus menghubungi kami di indikasi pertama yang memerlukan repatriasi (pemulangan). Pada tahap ini dan seterusnya kami akan mengatur dan melakukan koordinasi semua tahapan repatriasi sampai Anda tiba dengan selamat di tempat tujuan perawatan. Jika repatriasi tidak diatur kami, kami berhak untuk menolak semua biaya yang ditimbulkan.

### **Reproduksi dengan bantuan medis**

Kehamilan yang dikandung setelah perawatan kesuburan, termasuk kehamilan yang dikandung melalui Inseminasi Intrauterin, Fertilisasi In Vitro (IVF), atau Teknologi Reproduksi Berbantuan lainnya, dan kehamilan yang dikandung dalam waktu satu bulan setelah menggunakan obat kesuburan.

### **Resep kacamata dan lensa kontak termasuk pemeriksaan mata**

Santunan untuk pemeriksaan mata rutin yang dilakukan oleh ahli kacamata atau dokter mata (satu pemeriksaan per Tahun Asuransi) dan untuk lensa dan kacamata untuk memperbaiki penglihatan.

### **Resep obat dan perban**

Obat-obatan yang diresepkan oleh dokter untuk:

- Mengobati diagnosis atau kondisi medis yang terkonfirmasi.
- Mengganti kekurangan zat tubuh yang sangat penting.

Resep obat harus secara klinis terbukti efektif untuk kondisi yang diagnosis. Resep obat juga harus dikenal oleh regulator farmasi di negara tempat Anda menggunakan resep tersebut. Meskipun Anda bisa membeli obat secara legal tanpa resep dokter di negara itu, Anda harus mendapat resep agar biaya ditanggung. Anda bisa - mengklaim biaya resep obat dan perban hingga tiga bulan sejak tanggal resep, sesuai lamanya sisa waktu pada polis.

### **Resep obat gigi**

Resep yang diberikan oleh dokter gigi untuk pengobatan peradangan atau infeksi gigi. Resep obat harus terbukti efektif untuk kondisi tersebut dan diakui oleh regulator farmasi di negara tersebut. Resep obat tidak termasuk obat kumur, produk fluoride, gel antiseptik dan pasta gigi.

### **Riwayat keluarga**

Ini ada ketika orang tua, nenek/kakek, saudara kandung atau anak sebelumnya didiagnosis dengan kondisi medis yang dimaksud.

### **Riwayat keluarga langsung**

Ini ada ketika orang tua, nenek/kakek, saudara kandung atau anak yang sebelumnya didiagnosis dengan kondisi medis yang dimaksud.

### **Rumah sakit**

Lembaga yang memiliki lisensi sebagai rumah sakit medis atau bedah di negara tempat rumah sakit beroperasi dan ketika pasien secara permanen diawasi oleh dokter. Berikut yang bukan dianggap sebagai rumah sakit: rumah peristirahatan dan rumah jompo, spa, pusat penyembuhan dan health resort (pusat perawatan).

### **Saran medis**

Opini medis, rekomendasi atau informasi medis yang diberikan oleh profesional medis.

### **Saran umum**

Opini medis atau rekomendasi medis dari lembaga profesional terakreditasi terkait dengan kondisi atau perawatan medis yang memastikan, dalam opini yang wajar, praktik atau opini medis yang umum.

### **Sertifikat Asuransi**

Dokumen yang kami keluarkan yang berisi informasi santunan Anda. Sertifikat ini menerangkan bahwa perusahaan Anda memiliki polis asuransi grup dengan kami.

### **Skrining kanker**

Pengecekan kesehatan, tes dan pemeriksaan untuk pendeteksian awal sakit atau penyakit, yang dilakukan dengan jangka waktu yang sesuai, dan dilakukan tanpa adanya gejala klinis. Agar ditanggung, Anda harus mendapat layanan skrining kanker di lembaga medis berlisensi atau lembaga pemeriksaan kesehatan berlisensi atau di bawah bimbingan dokter dalam pengaturan yang tepat dan sesuai dengan pedoman praktik klinis internasional.

### **Sleep apnea**

Gangguan tidur yang terjadi saat pernapasan terganggu atau periode henti napas secara berulang pada saat tidur. Jika manfaat ini tercantum dalam Daftar Manfaat Anda, kami akan memberikan santunan untuk perawatan medis yang diperlukan dan prosedur diagnostik terkait diagnosis sleep apnea yang terkonfirmasi atau diduga. Biaya yang ditanggung dalam manfaat ini adalah biaya profesional, sleep study medis yang diperlukan, tes diagnostik lain

yang diperlukan, alat bantu medis dan obat, hingga batasan yang tercantum pada Daftar Manfaat Anda. Harap dicatat bahwa bukti kebutuhan medis diperlukan.

### **Spesialis**

Dokter berlisensi yang memiliki kualifikasi tambahan dan keahlian yang diperlukan sebagai spesialis yang diakui dalam teknik diagnostik, perawatan dan pencegahan bidang kedokteran tertentu.

### **Sunat elektif untuk bayi laki-laki baru lahir**

Biaya prosedur operasi sirkumsisi (sunat) elektif yang dilakukan pada bayi laki-laki baru lahir dalam waktu 30 hari sejak kelahiran serta konsultasi lanjutan yang diperlukan.

### **Tahun Asuransi**

Berlaku dari tanggal efektif polis Anda, seperti tercantum pada Sertifikat Asuransi dan berakhir pada tanggal kedaluwarsa Perjanjian Perusahaan. Tahun Asuransi berikutnya bersamaan dengan tahun yang ditentukan dalam Perjanjian Perusahaan.

### **Tanggal efektif**

Hari pertama kami menjamin Anda menurut rencana dalam Tahun Asuransi, sebagaimana tercantum pada Sertifikat Asuransi.

### **Tanggal Mulai**

Tanggal Anda pertama kali mendaftar, atau mendaftar ulang jika ada jeda dalam santunan Anda.

### **Tanggungan**

Pasangan atau partner Anda dan anak-anak yang belum menikah yang disebut tanggungan dalam Sertifikat Asuransi Anda. Anak-anak ditanggung hingga pada hari sebelum ulang tahun ke-18; atau hingga hari sebelum ulang tahun mereka ke-26 jika mereka mengikuti pendidikan penuh waktu.

### **Terapi bicara**

Perawatan yang dilakukan oleh terapis bicara berpengalaman untuk mengobati kelainan fisik yang didiagnosis. Terapi ini mencakup kondisi-kondisi seperti sumbatan pada hidung, kelainan neurogenik (mis. lingual paresis, cedera otak) atau gangguan artikulasi yang berhubungan dengan struktur otak (mis. bibir sumbing).

### **Terapi okupasi**

Perawatan yang membantu Anda mengembangkan keterampilan yang dibutuhkan untuk kehidupan setiap hari dan interaksi dengan orang lain dan lingkungan. Ini merujuk:

- Keterampilan motorik halus dan kasar (cara Anda melakukan gerakan kecil, tugas yang sesuai dan gerakan seluruh tubuh).
- Integrasi sensor (cara otak mengatur respons ke indra Anda).

- Koordinasi, keseimbangan dan keterampilan lain seperti memakai baju, makan dan berpenampilan.

Kami akan melihat laporan kemajuan setelah 20 sesi.

### **Terapi penggantian hormon**

Penggunaan hormon wanita untuk penghilang gejala karena berakhirnya fungsi indung telur, yaitu ketika menopause alami atau setelah operasi pengangkatan indung telur. Santunan diberikan untuk biaya dokter, biaya spesialis serta biaya resep obat.

### **Terapis**

Ahli chiropractic, ahli osteopati, podiatris, praktisi Pengobatan Tradisional Cina, homeopat, ahli akupunktur, praktisi ayurveda, fisioterapis, terapis bicara, terapis okupasi, atau terapis okulomotor, yang berpengalaman dan berlisensi menurut hukum negara di mana perawatan dilakukan.

### **Tertanggung**

Anda dan tanggungan Anda sebagaimana disebutkan pada Sertifikat Asuransi.

### **Tes diagnostik**

Pemeriksaan seperti X-ray atau tes darah, yang dilakukan untuk tujuan diagnostik. Tes-tes ini ditanggung ketika Anda sudah menunjukkan gejala atau ketika dibutuhkan setelah hasil tes lainnya. Manfaat ini tidak menanggung pemeriksaan tahunan atau skrining rutin.

### **Tes sebelum perawatan**

Tes sebelum perawatan rawat jalan yang dilakukan dalam 72 jam sebelum perawatan rawat inap atau sehari yang ditanggung di bawah rencana Anda.

### **Transplantasi organ**

Adalah transplantasi organ atau jaringan: jantung, jantung/katup, jantung/paru-paru, hati, pankreas, pankreas/ginjal, ginjal, sumsum tulang, paratiroid, otot/kerangka dan kornea. Kami tidak memberi penggantian atas biaya organ yang didapatkan.

### **Yang bisa diduga**

Kondisi medis yang, dalam pendapat logika kita, bisa diantisipasi.

### **Vaksinasi**

Merujuk pada:

- Semua imunisasi dasar dan suntikan booster sejalan dengan pedoman medis internasional yang berlaku di negara tempat semua vaksin ini diberikan.
- Vaksinasi Covid-19\*, di mana vaksinasi ini tidak diberikan secara gratis atau hanya sebagian dibayarkan oleh pemerintah di negara tempat tinggal Anda.
- Vaksinasi perjalanan yang diperlukan secara medis.

- Tablet pencegah malaria.

Kami menanggung biaya konsultasi untuk pemberian vaksin dan biaya obatnya.

\* Kami menanggung vaksin Covid-19 apabila:

- Vaksin tersebut telah melalui proses pengembangan klinis yang diperlukan, termasuk semua uji klinis pralicensi (fase I, II dan III) yang membuktikan keefektifan dan keamanannya.
- Vaksin telah melalui beberapa tahapan proses persetujuan dari lembaga pengatur terkait dan disahkan penggunaannya dalam yurisdiksi di tempat Anda membutuhkannya.
- Vaksin ini tidak diberikan secara gratis atau hanya sebagian dibayarkan oleh pemerintah di negara tempat tinggal Anda.

Kami menanggung biaya vaksin Covid-19 yang wajar dan lazim, termasuk pemberian suntikan, sesuai dengan kebijakan kesehatan publik terkait alokasi vaksin. Kami tidak membayar biaya perjalanan jika Anda memutuskan untuk bepergian ke negara lain dari tempat tinggal Anda untuk mendapatkan vaksinasi. Harap dicatat bahwa santunan tidak ditujukan untuk memberi Anda akses prioritas vaksin.

### **Vitamin, mineral, dan suplemen yang diresepkan**

Vitamin, mineral, dan suplemen yang diresepkan oleh praktisi medis, bersama dengan perawatan lain, untuk mengobati gejala kondisi medis yang didiagnosis atau membantu proses pemulihan.

Ini tidak termasuk resep untuk pengobatan sindrom defisiensi. Pertanggungjawaban untuk biaya-biaya ini tersedia di bawah manfaat 'Obat-obatan dan perban yang diresepkan', asalkan manfaat ini termasuk dalam rencana Anda.

Demikian pula, manfaat ini tidak berlaku untuk resep selama kehamilan atau pengobatan kanker (sebagaimana yang dipersyaratkan sesuai dengan pedoman medis). Pertanggungjawaban untuk biaya-biaya ini tersedia di bawah manfaat 'Persalinan rutin' dan 'Onkologi', asalkan manfaat yang relevan termasuk dalam rencana Anda.

Dalam semua kasus, kami tidak menanggung vitamin, mineral atau suplemen yang diperoleh tanpa resep dokter, atau jika diresepkan untuk tujuan pencegahan.

### **Wajar dan Lazim**

Biaya perawatan yang wajar di negara di mana perawatan diberikan. Kami hanya akan mengganti biaya penyedia layanan medis ketika biaya yang timbul wajar, lazim dan menurut prosedur medis standar dan bisa diterima secara umum.

# Pengecualian

Meskipun kami menanggung perawatan yang secara medis diperlukan, kami tidak menanggung biaya berikut kecuali tercantum dalam Daftar Manfaat atau dalam pengesahan polis tertulis.

## AKUISISI ORGAN

Biaya untuk akuisisi organ berikut contohnya namun tidak terbatas hanya untuk pencarian donor, pencocokan, pemindahan, biaya transportasi dan administrasi.

## KONTAMINASI KIMIAWI DAN RADIOAKTIF

Perawatan atau layanan untuk kondisi medis yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari kontaminasi kimiawi, radioaktif atau bahan nuklir, termasuk pembakaran bahan bakar nuklir.

## PERAWATAN KOMPLEMENTER

Perawatan komplementer, dengan pengecualian perawatan yang tercantum dalam Daftar Manfaat.

## KOMPLIKASI YANG DISEBABKAN OLEH KONDISI YANG TIDAK DITANGGUNG DALAM RENCANA ANDA

Biaya yang timbul karena komplikasi yang disebabkan langsung dari penyakit, cedera atau perawatan yang tidak termasuk atau terbatas dalam rencana Anda.

## KONSULTASI YANG DILAKUKAN OLEH ANDA ATAU ANGGOTA KELUARGA

Konsultasi yang dilakukan termasuk obat-obatan atau perawatan yang diresepkan untuk Anda, oleh pasangan, orang tua atau anak Anda.

## PERAWATAN KOSMETIK

Perawatan kosmetik, bahkan ketika diresepkan secara medis. Ini termasuk perawatan yang dilakukan oleh dokter bedah plastik, baik untuk tujuan medis/psikologis atau bukan. Satu-satunya pengecualian adalah operasi

rekonstruksi yang diperlukan untuk mengembalikan fungsi atau penampilan setelah kecelakaan yang menyebabkan cacat atau sebagai akibat dari operasi untuk kanker, jika kecelakaan atau pembedahan awal juga ditanggung oleh polis ini.

#### **veneer gigi**

Pelapisgigi dan prosedur terkait.

#### **KETERLAMBATAN PERKEMBANGAN**

Keterlambatan dalam perkembangan kognitif, kecuali orang tersebut memenuhi kriteria keterlambatan perkembangan dan manfaatnya termasuk dalam polis Anda. Pertanggungungan untuk keterlambatan perkembangan fisik hanya diberikan di bawah manfaat 'Fisioterapi yang diresepkan' dan 'Terapi Okupasi' jika manfaat ini termasuk dalam rencana Anda, dan keterlambatannya dipastikan setidaknya 12 bulan berdasarkan pengukuran kuantitatif yang didokumentasikan oleh tenaga medis yang berkualifikasi. Kami tidak menanggung dukungan pendidikan sehari-hari, rawat inap, menginap atau perawatan sehari di fasilitas pendidikan khusus.

#### **KECANDUAN OBAT ATAU ALKOHOLISME**

Pelayanan dan/atau perawatan kecanduan obat atau alkoholisme (termasuk program detoksifikasi dan perawatan untuk berhenti merokok), kematian karena kecanduan obat atau alkoholisme, atau perawatan kondisi yang dalam opini kami yang wajar berkaitan dengan, atau akibat langsung dari, alkoholisme atau kecanduan (mis. kegagalan organ atau demensia).

#### **PERAWATAN ATAU TERAPI OBAT PERCOBAAN ATAU YANG BELUM TERBUKTI**

Jenis perawatan atau terapi obat berdasarkan pendapat kami yang wajar, masih dalam percobaan atau belum terbukti, berdasarkan pada praktik medis yang diterima secara umum.

#### **KEGAGALAN UNTUK Mencari atau Mengikuti Saran Medis**

Perawatan atau layanan yang diperlukan karena kegagalan mendapatkan atau mengikuti saran medis.

## **TERAPI DAN KONSELING KELUARGA**

Biaya untuk terapis atau konselor keluarga untuk perawatan psikoterapi rawat jalan.

## **BIAYA UNTUK PENGISIAN CLAIM FORM (FORMULIR KLAIM)**

Biaya dokter untuk pengisian Formulir Klaim atau biaya administrasi lainnya.

## **PERAWATAN KESUBURAN**

Perawatan kesuburan, termasuk reproduksi dengan bantuan medis atau perawatan untuk masalah medis apa pun yang timbul karenanya, kecuali Anda memiliki manfaat khusus untuk perawatan kesuburan atau memiliki manfaat rawat jalan yang diperlukan yang mencakup pemeriksaan non-invasif terhadap penyebab ketidaksuburan (seperti biaya 'Dokter', 'Biaya Spesialis', dan tes 'Diagnostik').

## **DISFORIA GENDER**

Perawatan dan/atau pengobatan atau layanan untuk disforia gender (jenis kelamin).

## **UJI GENETIK**

Uji genetik, kecuali:

- Tes genetik tertentu dimasukkan dalam rencana Anda.
- Tes DNA langsung ditautkan dengan amniosentesis yang diperbolehkan yaitu untuk wanita berusia 35 tahun ke atas.
- Jika Uji untuk reseptor genetik tumor ditanggung.

## **KUNJUNGAN RUMAH**

Kunjungan rumah, kecuali diperlukan setelah serangan tiba-tiba penyakit akut yang menyebabkan ketidakmampuan Anda mengunjungi dokter atau terapis.

## **CEDERA KARENA OLAHRAGA PROFESIONAL**

Pengobatan, layanan, atau prosedur diagnostik untuk cedera karena mengikuti olahraga profesional.

## **PENYAKIT YANG DISENGAJA ATAU CEDERA YANG DITIMBULKAN SENDIRI**

Pelayanan dan/atau perawatan atau layanan untuk penyakit yang disengaja atau cedera yang ditimbulkan sendiri, termasuk usaha bunuh diri.

## **KERONTOKAN RAMBUT DAN TRANSPLANTASI RAMBUT**

Pemeriksaan dan perawatan untuk kerontokan rambut, termasuk transplantasi rambut kecuali kerontokan rambut karena perawatan kanker.

## **KESALAHAN MEDIS**

Perawatan yang diperlukan karena kesalahan medis.

## **JENAZAH**

Pembelian lahan makam, atau biaya pemakaman, termasuk, tetapi tidak terbatas pada, bunga dan biaya pengurus pemakaman.

## **PERAWATAN ORTOMOLEKULAR**

Lihat definisi 'Perawatan Ortomolekular'.

## **KEIKUTSERTAAN DALAM PERANG ATAU TINDAKAN KRIMINAL**

Kematian karena, atau perawatan maupun layanan untuk sakit, penyakit atau cedera karena keikutsertaan aktif berikut, meskipun perang atau bukan:

- Perang
- Kerusuhan
- Ketegangan masyarakat
- Terorisme
- Tindakan kriminal
- Tindakan ilegal
- Tindakan menentang permusuhan asing

## **PRODUK PRIBADI DAN SUPLEMEN DIET**

Kami tidak menanggung produk-produk berikut, meskipun diresepkan, direkomendasikan secara medis dan/atau diakui memiliki efek terapeutik:

- Produk pribadi seperti obat kumur, pasta gigi, sampo, tabir surya, pembersih, sarung tangan, masker, pelindung mata, termometer, dan perlengkapan bayi
- Produk kosmetik, termasuk pelembap, emulsi, losion, gel, dan minyak untuk kulit yang tidak mengandung komponen obat. Satu-satunya pengecualian adalah untuk krim pelindung yang diresepkan untuk penanganan kondisi kulit yang diakui secara klinis.

- Makanan anak-anak, termasuk susu formula bayi yang diberikan secara oral

Kami juga tidak menanggung vitamin, mineral, atau suplemen (termasuk sediaan nutrisi, makanan, organik, atau herbal) kecuali dalam kasus berikut:

- Jika diresepkan
  - selama kehamilan, sebagaimana diwajibkan sesuai dengan pedoman medis
  - selama perawatan kanker, sebagaimana diwajibkan sesuai dengan pedoman medis
  - untuk mengobati gejala defisiensi yang terdiagnosis
- Jika pertanggungan diberikan berdasarkan manfaat 'Vitamin, mineral, dan suplemen yang diresepkan', dan manfaat ini termasuk dalam polis Anda.

## **SEBELUM PERSALINAN DAN SETELAH PERSALINAN**

Kelas sebelum persalinan dan setelah persalinan.

Keadaan yang sudah ada sebelumnya (berlaku untuk polis dengan full medical underwriting atau CPME/CTT sebelumnya FMU)

Kondisi yang sudah ada sebelumnya (termasuk kondisi kronis yang sudah ada sebelumnya) ketika:

- Dinyatakan dalam Special Conditions Form (Formulir Kondisi Khusus) yang kami keluarkan sebelum polis Anda berlaku
- Kondisi yang tidak diungkapkan pada formulir permohonan
- Kondisi yang timbul diantara waktu mengisi formulir permohonan sampai:
  - Tanggal kami mengeluarkan Sertifikat Asuransi Anda atau
  - Tanggal berlaku polis Anda.

Kondisi tersebut juga akan mengikuti underwriting medis dan jika tidak diungkapkan, tidak akan ditanggung.

## **KONDISI YANG SUDAH ADA SEBELUMNYA (BERLAKU UNTUK POLIS DENGAN MORATORIUM ATAU CPME/CTT SEBELUMNYA MORI)**

Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya ketika satu atau lebih berikut ini telah berlaku dalam jangka waktu 24 bulan sebelum tanggal bergabung (atau tanggal yang tercantum dalam Sertifikat Asuransi Anda):

- Ini cukup bisa dilihat bahwa kondisi medis akan terjadi setelah tanggal berlaku polis Anda.
- Kondisi terlihat sangat jelas.
- Anda mengalami tanda atau gejala kondisi tersebut.
- Anda meminta saran tentang kondisi tersebut.
- Anda mendapatkan perawatan dari kondisi tersebut.
- Berdasarkan pengetahuan terbaik Anda, Anda mengetahui kondisi tersebut.

Setelah Anda menyelesaikan periode 24 bulan terus menerus setelah tanggal Anda bergabung, kondisi medis yang sudah ada sebelumnya mungkin ditanggung asalkan Anda tidak memiliki gejala, perawatan yang diperlukan/diterima, pengobatan, diet atau saran khusus, atau memiliki indikasi kondisi lain.

#### **PRODUK YANG DIBELI TANPA RESEP**

Produk yang dibeli tanpa resep dokter.

#### **OPERASI PENCARIAN DAN/ATAU PENYELAMATAN**

Klaim yang berkaitan dengan operasi 'pencarian dan/atau penyelamatan', misalnya di darat atau di bawah gunung, untuk menemukan dan mengangkut anggota kembali ke lokasi yang aman. Harap perhatikan bahwa dalam kasus evakuasi medis, kami hanya menanggung aktivitas yang dimulai setelah operasi 'pencarian dan/atau penyelamatan' selesai.

#### **GANGGUAN TIDUR**

Perawatan gangguan tidur, termasuk insomnia, sleep apnea obstruktif, narkolepsi, mendengkur dan bruxism (gesekan gigi).

#### **TERAPI BICARA**

Terapi bicara yang berhubungan dengan keterlambatan perkembangan (kecuali orang tersebut memenuhi kriteria keterlambatan perkembangan dan manfaat 'Keterlambatan perkembangan' termasuk dalam polis Anda), disleksia, dispraksia atau gangguan bahasa ekspresif.

## **TINGGAL DI CURE CENTRE (PUSAT PENYEMBUHAN)**

Tinggal di cure centre, bath centre, spa, health resort dan recovery centre (pusat pemulihan), meskipun menginap diresepkan secara medis.

## **STERILISASI, DISFUNGSI SEKSUAL DAN KONTRASEPSI**

Pemeriksaan, perawatan dan komplikasi yang terjadi karena:

- Sterilisasi
- Disfungsi seksual (kecuali karena prostatektomi total setelah operasi kanker)
- Kontrasepsi (termasuk pemasangan dan pelepasan alat kontrasepsi dan semua kontraseptif lain) kecuali diresepkan sebagai alasan medis yang tidak berkaitan dengan pengendalian kelahiran.

## **SUROGASI**

Perawatan yang secara langsung berkaitan dengan surogasi apakah Anda bertindak sebagai ibu pengganti, atau orang tua.

## **TERMINASI KEHAMILAN**

Penghentian kehamilan, kecuali hidup ibu hamil dalam kondisi bahaya.

## **BIAYA PERJALANAN**

Biaya perjalanan ke dan dari fasilitas medis (termasuk biaya parkir) untuk perawatan, kecuali ketika ditanggung dalam manfaat 'Ambulans Lokal', 'Evakuasi medis' dan manfaat 'Repatriasi medis'.

## **PERAWATAN DI AS DALAM KASUS BERIKUT**

Perawatan atau layanan di AS jika kami yakin bahwa santunan dikeluarkan untuk tujuan perjalanan ke AS untuk mendapat perawatan untuk kondisi atau gejala yang Anda alami:

- sebelum menjadi tertanggung dengan kami
- sebelum memiliki wilayah pertanggunganan di AS

Jika kami membayarkan klaim dalam situasi-situasi ini, kami berhak untuk mendapat penggantian dari Anda.

## **PERAWATAN DI LUAR AREA WILAYAH CAKUPAN**

Perawatan di luar area wilayah cakupan kecuali untuk darurat atau diberi wewenang dari kami.

## **TES TRIPLE/BART, QUADRUPLE ATAU SPINA BIFIDA**

Tes Triple/Bart, Quadruple atau Spina Bifida, kecuali untuk wanita usia di atas 35 tahun.

## **KAPAL LAUT**

Evakuasi/keputusan medis dari kapal laut ke fasilitas medis di darat.

## **PERAWATAN DAN LAYANAN YANG BERKAITAN DENGAN BERAT BADAN**

Perawatan dan layanan untuk pengendalian berat badan, termasuk operasi bariatrik, pengobatan (kecuali diindikasikan untuk digunakan dalam perawatan Diabetes Tipe 2 yang sudah ada), suplemen, keanggotaan klub kesehatan, program diet, dan program gangguan makan di tempat tertentu.

## **MANFAAT YANG TIDAK ADA DALAM DAFTAR MANFAAT ANDA**

Manfaat dibawah ini, konsekuensi atau komplikasi yang merugikan terkait manfaat dibawah ini, kecuali tertulis dalam Daftar Manfaat Anda:

- Bedah bariatrik
- Complications of Komplikasi kehamilan dan persalinan
- Perawatan gigi, operasi gigi, periodonti, ortodonti, implan gigi dan prostesis gigi
- Keterlambatan perkembangan
- Biaya ahli gizi
- Sunat elektif untuk bayi laki-laki baru lahir
- Perawatan gigi darurat
- Perawatan kesuburan
- Pemeriksaan kesehatan dan pemeriksaan kebugaran termasuk skrining untuk pendeteksian awal sakit atau penyakit
- Perawatan HIV/AIDS
- Homeopati, obat herbal Cina, Tui na, bekam, pengaturan posisi tulang, akupunktur, dan perawatan ayurveda
- Terapi penggantian hormon
- Perawatan rawat inap dan perawatan harian untuk kondisi bawaan
- Perawatan psikiatri dan psikoterapi rawat inap

- Perawatan laser mata
- Evakuasi medis pada saat perawatan nondarurat
- Repatriasi medis
- Perawatan psikiatri dan psikoterapi rawat jalan
- Pelayanan rawat jalan
- Perawatan paliatif
- Resep kacamata dan lensa kontak termasuk pemeriksaan mata
- Resep alat bantu medis
- Resep vitamin, mineral, dan suplemen
- Operasi pencegahan
- Biaya repatriasi jenazah atau pemakaman
- Persalinan rutin
- Biaya perjalanan untuk satu orang yang mendampingi orang yang dievakuasi/dipulangkan
- Biaya perjalanan anggota keluarga bertanggung pada saat evakuasi/repatriasi
- Biaya perjalanan anggota keluarga bertanggung pada saat repatriasi jenazah
- Biaya perjalanan anggota bertanggung dengan kerabat dekat yang berisiko kematian atau yang telah meninggal.

## **MANFAAT MENINGGAL KARENA KECELAKAAN**

Manfaat meninggal karena kecelakaan, jika kematian bertanggung disebabkan baik secara langsung atau tidak langsung oleh:

- Keikutsertaan aktif dalam perang, kerusuhan, ketegangan masyarakat, terorisme, tindakan kriminal, tindakan ilegal atau tindakan menentang permusuhan asing, meskipun perang atau bukan.
- Penyakit yang disengaja atau cedera yang ditimbulkan sendiri, termasuk bunuh diri, dalam satu tahun dari tanggal pendaftaran polis.
- Keikutsertaan aktif dalam kegiatan bawah tanah atau bawah laut seperti penambangan bawah tanah atau menyelam laut dalam.
- Kegiatan di atas air (seperti platform oli atau anjungan lepas pantai) dan kegiatan di udara, kecuali secara khusus ditanggung menurut Perjanjian Perusahaan.
- Kontaminasi kimia atau biologis, radioaktif atau kontaminasi bahan nuklir, termasuk pembakaran bahan bakar nuklir.

- Risiko perang pasif:
  - Berada di negara di mana pemerintah Inggris telah menyarankan agar warganya pergi (kondisi ini akan berlaku terlepas tanpa memandang kebangsaan bertanggung) dan telah menyarankan mengenai “semua perjalanan” ke lokasi itu atau
  - Perjalanan ke atau menginap, selama periode lebih dari 28 hari per tinggal di negara atau wilayah di mana pemerintah Inggris menyarankan “menentang semua kecuali perjalanan yang penting”.

Pengecualian risiko perang pasif berlaku tanpa memandang apakah klaim timbul secara langsung atau tidak langsung sebagai akibat dari perang, kerusuhan, ketegangan masyarakat, terorisme, tindakan kriminal, tindakan ilegal atau tindakan menentang permusuhan asing, apakah perang telah dinyatakan atau belum.
- Berada di bawah pengaruh obat atau alkohol.
- Kematian yang terjadi lebih dari 365 hari setelah terjadinya kecelakaan.
- Eksposur bahaya yang disengaja, kecuali dalam usaha menyelamatkan jiwa manusia.
- Penghirupan gas yang disengaja atau menelan racun atau obat yang dilarang hukum yang disengaja.
- Menerbangkan pesawat terbang, termasuk helikopter, kecuali bertanggung sebagai penumpang dan pilotnya berlisensi, atau pilot militer dan telah mengajukan penerbangan yang dijadwalkan ketika diminta oleh peraturan setempat.
- Keikutsertaan aktif dalam olahraga atau aktivitas ekstrem atau profesional termasuk, tetapi tidak terbatas pada:
  - Olahraga gunung seperti turun tebing, mendaki gunung, dan balapan apa pun (kecuali balapan dengan kaki).
  - Olahraga salju seperti bobsleigh, luge, mendaki gunung, skeleton, skiing off-piste dan snowboarding off-piste.
  - Olahraga berkuda seperti berburu dengan berkuda, palang rintang, polo, lari halang rintang atau pacuan kuda.
  - Olahraga air seperti potholing (susur gua) atau penyelaman gua, selam skuba hingga kedalaman lebih dari 10 meter, loncat indah, arum jeram dan canyoning.
  - Olahraga mobil dan sepeda motor seperti mengendarai sepeda motor dan quad biking (segala medan).
  - Olahraga tarung.

- Olahraga di udara seperti penerbangan ultraringan, balon terbang, layang gantung, paralayang, paralayar dan terjun payung.
- Olahraga lainnya seperti bungee jumping (terjun lenting).

# Hubungi kami, kami akan dengan senang hati membantu!

Jika Anda mempunyai pertanyaan, silakan menghubungi kami.

Helpline 24/7 untuk pertanyaan umum dan bantuan darurat.

Telepon:

**001 803 065 171**

(bebas biaya saat panggilan dari Indonesia)

**+60 3 92127820**

(nomor internasional untuk panggilan dari luar Indonesia)



Nomor di atas bukan nomor bebas biaya. Untuk daftar nomor bebas biaya untuk panggilan dari negara lainnya, silakan mengunjungi: [www.allianzcare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzcare.com/toll-free-numbers)

*Panggilan ke Helpline kami akan direkam dan bisa didengarkan untuk tujuan pelatihan, kualitas dan peraturan. Harap dicatat bahwa hanya pemegang polis (atau perwakilan yang ditunjuk) atau Group Scheme Manager yang bisa membuat perubahan pada polis. Pertanyaan seputar keamanan akan diberikan kepada semua penelepon untuk memverifikasi identitas*

Email: [asia.helpline@e.allianz.com](mailto:asia.helpline@e.allianz.com)

Alamat: **Mal Ambassador Ruko 2-3, Jl. Prof. Dr. Satrio, Jakarta 12940, Indonesia.**

[www.allianzcare.com/summit/Indonesia](http://www.allianzcare.com/summit/Indonesia)

Polis diterbitkan dan ditanggung oleh PT Asuransi Central Asia. Alamat terdaftar: Mal Ambassador Ruko 2-3, Jl. Prof. Dr. Satrio, Jakarta 12940, Indonesia.

Produk asuransi ini milik PT Asuransi Central Asia. PT Asuransi Central Asia bertanggung jawab atas penerbitan polis dan berhak untuk menolak klaim yang tidak sesuai dengan syarat dan ketentuan dalam polis..

# Employee Benefit Guide

**Summit for Indonesia**  
**International healthcare plans**

Valid from 1<sup>st</sup> August 2025



# Welcome

Summit international healthcare plans for Indonesia are offered through our partnership with Allianz. You and your family can depend on us to give you access to the best care possible.

This guide has two parts: 'How to use your cover' is a summary of all important information you are likely to use on a regular basis; 'Terms and conditions of your cover' explains your cover in more detail. To make the most of your international healthcare plan, please read this guide together with your Insurance Certificate and Table of Benefits.

The policies are issued and covered by PT Asuransi Central Asia. Registered address: Mal Ambassador Ruko 2-3, Jl. Prof. Dr. Satrio, Jakarta 12940, Indonesia.

This insurance product belongs to PT Asuransi Central Asia. PT Asuransi Central Asia is responsible for the issuance of the policy and has the right to reject claims made not in accordance with the terms and conditions written in the policy.

# Contents

- How to use your cover..... 4
  - Support services ..... 4
  - Understanding how your cover works ..... 11
  - Seeking treatment?..... 16
- Terms and conditions of your cover .....25
  - Terms and conditions ..... 25
  - Administration of your policy ..... 26
  - Paying premiums ..... 32
  - The following terms also apply to your cover ..... 34
  - Data protection ..... 37
  - Complaints procedure ..... 37
  - Definitions..... 38
  - Exclusions ..... 63
- Talk to us, we love to help!.....73

# How to use your cover

## Support services

We believe in providing you with the top-quality service that you deserve. In the following pages we describe the full range of services we offer. Read on to discover what is available to you.

### Talk to us, we love to help!

Our multilingual Helpline is available 24 hours a day, 7 days a week, to handle any questions about your policy or if you need assistance in an emergency.

#### Helpline

Phone: **001 803 065 171**

(toll-free when calling from Indonesia)

**+60 3 92127820**

(international number to call from outside Indonesia)



**CHAT WITH US**

For our latest list of toll-free numbers, please visit:

[www.allianzcare.com/en/pages/toll-free-numbers.html](http://www.allianzcare.com/en/pages/toll-free-numbers.html)

Email: [asia.helpline@e.allianz.com](mailto:asia.helpline@e.allianz.com)

#### Did you know...

...that most of our members find that their queries are handled quicker when they call us?

## **Support when you need it most**

Certain circumstances in life can be distressing, and not having the right support can make the insurance journey more challenging.

Our dedicated team is here to support you. We encourage you to disclose any additional support needs you may have with confidence - we will make reasonable adjustments where necessary, ensuring you have easy access to our products and services.

If you need to report a potential need, request specific adjustments in our communication, or nominate someone to interact with us on your behalf, please contact our team at [enhancedsupport@e.allianz.com](mailto:enhancedsupport@e.allianz.com) or fill out the online form available at our Enhanced Support page at [www.allianzcare.com/en/support/support-when-you-need-the-most.html](http://www.allianzcare.com/en/support/support-when-you-need-the-most.html)

## MyHealth digital services

Through MyHealth, available as a mobile app and online portal, you have easy and convenient access to your cover, no matter where you are or what device you are using.

### MyHealth app and online portal features



#### My policy

Access your policy documents and membership card on the go.



#### My claims

Submit your claims in three simple steps and view your claims history.



#### My contacts

Access our 24/7 multilingual Helpline. Live chat is also available on the online portal.



#### Symptom checker

Get a quick and easy assessment of your symptoms.



#### Provider finder

Locate medical providers nearby.



#### Pharmacy aid

Look up the local equivalent names of branded drugs.



#### Medical term translator

Translate names of common ailments into 17 languages.



#### Emergency contact

Access local emergency numbers worldwide.

## Additional useful features

- Update your details online: email, phone number, password, address (if it's the same country as the previous address), marketing preferences, etc.
- View the remaining balance of each benefit that is in your Table of Benefits.
- Pay your premium online and view payments received.
- Add or change your card details (if you are responsible for paying your own premium, rather than your employer).

All personal data within MyHealth digital services is encrypted for data protection.

## Getting started:

1. Login to MyHealth online portal to register. Go to [my.allianzcare.com/myhealth](https://my.allianzcare.com/myhealth), click on 'REGISTER HERE' near the bottom of the page and follow the on-screen instructions. Be ready to provide your policy number, which you can find in your Insurance Certificate.
2. As an alternative, you can register via our MyHealth App. To download it, search for 'Allianz MyHealth' on the Apple App Store or Android's Google Play service.



3. Once set up, you can use the email (username) and password you provided during registration to login to MyHealth online portal or app. The same login details are used for both and in the future, if you change login details for one, it will automatically apply to the other. You don't need to change them in both places. We also offer a biometric login option for the app, for example Touch ID or Face ID, where supported by your device.

For more information, please visit [www.allianzcare.com/en/myhealth.html](https://www.allianzcare.com/en/myhealth.html)

## Web-based services

On [www.allianzcare.com/members](http://www.allianzcare.com/members) you can:

- search for medical providers. While you are not restricted to using the providers listed in our directory, we recommend doing so to take advantage of direct settlement.
- download forms.
- access our Health and Wellness Library.
- access our 'My expat life' hub – from planning to move, to settling down in your new country, you'll find everything you need to know about moving overseas.

## Second Medical Opinion\*\*

As your health partner, we aim to provide reassurance. Have you been diagnosed with a serious illness or had surgery recommended? Do you want expert help on the best treatment options available and where to get the most appropriate treatment? As part of your cover you have access to our Second Medical Opinion service.

When you access this service, we assign to you a dedicated case manager, i.e. a healthcare professional from our own Medical Team to guide and assist you. Your case manager will ask you to provide all the necessary information about your medical case. Then they will help you find a hospital, doctor or specialist for the Second Medical Opinion and provide the opinion to you.

To access our service, simply contact us:

**+353 1 630 1301**

[medical.smo@e.allianz.com](mailto:medical.smo@e.allianz.com)

...and ask for the Second Medical Opinion service. You will need to state your policy number for identification.

## Member services included in your cover

Your policy doesn't just cover your medical expenses. It also includes a range of free member services. Check your Table of Benefits to confirm which ones are included in your cover. Some of these services may be offered through Allianz.



### Olive – our health and wellness programme

Designed to motivate and guide you towards a healthier life. It includes access to:

- **Health and Wellness Hub**, offering online health assessments, webinars on wellbeing delivered by specialists, articles on topics such as sleep and nutrition, etc.
- **Our fitness app**, connecting with smart phones, wearable devices and other apps to monitor the number of steps taken, calories burned, sleep schedule and more. You can also join challenges with other users, and/or set up wellness goals and plans for yourself.
- **Mind coaching app**, your chat bot buddy to discuss your feelings with. You can also chat with a human coach, if you want a more personal touch.



### TeleHealth Hub — video consultation services

If your plan includes cover for video consultation services, you have direct access to online doctor appointments. With TeleHealth Hub, you can save time by seeing a doctor via video from the comfort of your home or office. Offering a secure and confidential service, our telehealth network of doctors can provide medical advice, recommend treatments and offer prescriptions for non-emergency concerns. Prescriptions will be available if your plan covers them and if the local regulation allows.

Do you find this guide useful?

Complete our  
short survey





### EAP — Employee Assistance Programme

When challenging situations arise in life or at work, our EAP provides you and your dependants with confidential support. The service includes:

- **Confidential professional counselling** via phone, video or in person on topics such as stress, work/life balance, parenting, anxiety, cultural shock, addiction concerns, etc.
- **Legal and financial referral services**, for example, to help buy a home, handle a legal dispute or create a financial plan.

Please note that this service is not suitable for minors who are below the local legal age of consent and does not include group therapy, such as family therapy.



### Travel Security Services

24/7 access to personal security information and advice for your travels, helpful as the world continues to witness an increase in security treats. You can access:

- **Emergency hotline**, to talk to a specialist for any safety concerns associated with your travel destination.
- **Country intelligence**, which offers information and advice about many countries.
- **Daily security news updates**, to receive email alerts about high-risk events in or near your location, including terrorism or severe weather risks.

To know more or to access the above member services, visit:

[www.allianzcare.com/en/support/member-resources.html#care](http://www.allianzcare.com/en/support/member-resources.html#care)

*\*\* Certain services that may be included in your plan are provided by third party providers, such as the Employee Assistance Programme, Travel Security services, fitness app, Second Medical Opinion and tele-medicine services. If included in your plan, these services will show in your Table of Benefits. These services are made available to you subject to your acceptance of the terms and conditions of your policy and the terms and conditions of the third parties. These services may be subject to geographical restrictions. The fitness app does not provide medical or health advice and the wellness resources contained within Olive are for informational purposes only. The fitness app and the wellness resources contained within Olive shouldn't be regarded as a substitute for professional advice (medical, physical or psychological). They are also not a substitute for the diagnosis, treatment, assessment or care that you may need from your own doctor. You understand and agree that the insurer, its reinsurers and administrators are not responsible or liable for any claim, loss or damage, directly or indirectly resulting from your use of any of these third party services.*

# Understanding how your cover works

## What am I covered for?

You and your dependants are covered for medically necessary treatment and related costs, services and/or supplies as indicated in the Table of Benefits. These are subject to:

- Policy definitions and exclusions (available in this guide).
- **For policies with full medical underwriting:** any special conditions shown on your Insurance Certificate (and on the Special Condition Form issued before the policy comes into effect, where relevant).
- **Costs being reasonable and customary:** these are costs that are usual within the country of treatment. We will only reimburse medical providers where their charges are in accordance with standard and generally accepted medical procedures. If we consider a claim to be inappropriate, we reserve the right to decline or reduce the amount we pay.
- **Terms agreed for pre-existing medical conditions:** Cover for pre-existing medical conditions (including pre-existing chronic conditions) depends on the medical underwriting terms of your policy.
  - For policies that were fully medically underwritten, pre-existing conditions are generally covered unless we say otherwise in your policy documents.
  - For policies with moratorium, pre-existing conditions are only eligible for cover once you've completed a continuous 24-month period after your start date and have not had symptoms, needed or received treatment, medication, a special diet or advice, or had any other indications of the condition during that time.

## Where can I receive treatment?

You can receive treatment in any country within your area of cover, as shown in your Insurance Certificate.

If the treatment you need is available locally but you choose to travel to another country in your area of cover, we will reimburse all eligible medical costs incurred within the terms of your policy; except for your travel expenses.

If the eligible treatment is not available locally, and your cover includes the appropriate 'Medical evacuation' benefit, we will also cover travel costs to the nearest suitable medical facility. To claim for medical and travel expenses incurred in these circumstances, you will need to complete and submit the Pre-authorisation Form before travelling.

You are covered for eligible costs incurred in your home country, provided that your home country is in your area of cover.

## What are benefit limits?

Your cover may be subject to a **maximum plan limit**. This is the maximum we will pay in total for all benefits included in the plan per member, per Insurance Year.

If your plan has a maximum plan limit, it will apply even where:

- the term 'Full refund' appears next to the benefit.
- a specific benefit limit applies – this is when the benefit is capped to a specific amount (e.g. US\$ 10,000).

Benefit limits may be provided on a 'per Insurance Year' basis, on a 'per lifetime' basis or on a 'per event' basis (such as per trip, per visit or per pregnancy).

In some instances, in addition to the benefit limit, we will only pay a percentage of the costs for the specific benefit (e.g. 80%).

## **Benefit limits related to maternity**

The benefits '**Routine maternity**' and '**Complications of pregnancy and childbirth**' are paid on either a 'per pregnancy' or 'per Insurance Year' basis. Your Table of Benefits will confirm this.

### **If your maternity benefits are payable on a 'per pregnancy' basis**

When a pregnancy spans two Insurance Years and the benefit limit changes at policy renewal, the following rules apply:

- In year one – the benefit limits apply to all eligible expenses.
- In year two – the updated benefit limits apply to all eligible expenses incurred in the second year, less the total benefit amount already reimbursed in year one.
- If the benefit limit decreases in year two and we have already paid up to or over this new amount for eligible costs incurred in year one, we will pay no additional benefit in year two.

### **Limit for multiple-birth babies, all babies born by surrogacy, and all adopted and fostered children**

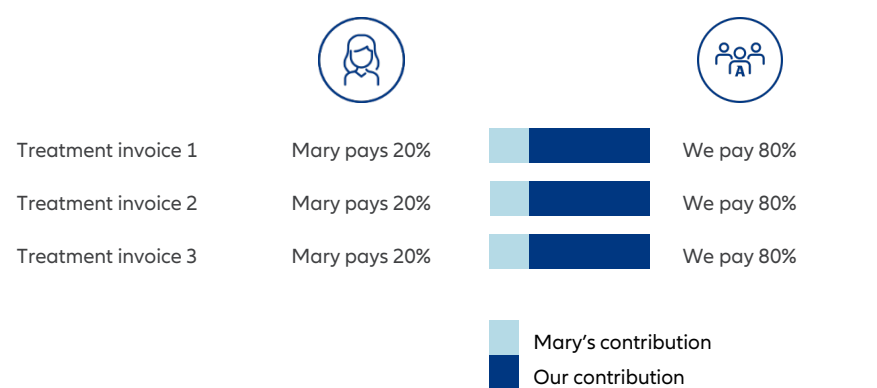
There is a limit for in-patient treatment that takes place in the first three months following birth if the baby:

- was born by surrogacy.
- is adopted.
- is fostered.
- is a multiple-birth baby born as a result of medically assisted reproduction.

This limit is US\$ 40,500 per child and it applies before any other benefit in your plan. Out-patient treatment is paid under the terms of the Out-patient Plan.

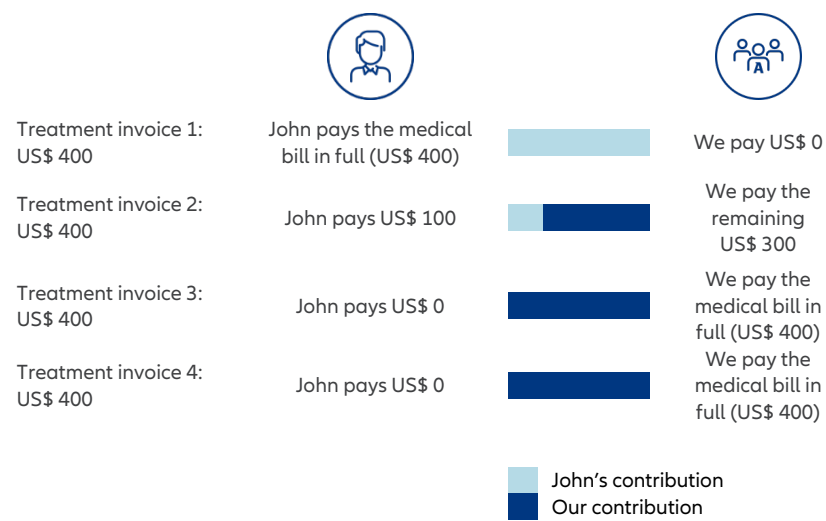
What are co-payments?

A co-payment is when you pay a percentage of the medical costs. Your Table of Benefits will show whether this applies to your plan. In the following example, Mary requires several dental treatments throughout the year. Her dental treatment benefit has a 20% co-payment, which means that we will pay 80% of the cost of each eligible treatment. The total amount payable by us may be subject to a maximum plan limit.



What are deductibles?

A deductible (also known in health insurance as an ‘excess’) is a fixed amount you need to pay towards your medical bills per period of cover before we begin to contribute. Your Table of Benefits will show whether this applies to your plan. In the following example, John needs to receive medical treatment throughout the year. His plan includes a US\$ 500 deductible.



## Seeking treatment?

We understand that seeking treatment can be stressful. Follow the steps below so we can look after the details while you focus on getting better.

### Step 1. Check your level of cover

First, check that your plan covers the treatment you are seeking. Your Table of Benefits will confirm what is covered. However, you can always call our Helpline if you have any queries.

### Step 2. Confirm if your treatment requires our pre-authorisation

Your Table of Benefits will show which treatments and services require our pre-authorisation (via a Pre-authorisation Form). These are mostly in-patient and high-cost treatments. The pre-authorisation process helps us assess each case, organise everything with the medical provider before your arrival and make direct payment of your medical provider bill easier, where possible.

Unless we and your company agree otherwise, if you submit a claim without obtaining our pre-authorisation, the following will apply:

- If the treatment or service is subsequently proven to be ineligible, **we reserve the right to decline your claim.**
- If the treatment or service is subsequently proven to be eligible, we may only pay a portion of an eligible claim, as indicated in your Table of Benefits.

### Step 3. Use your medical provider network

We recommend that you use the medical provider network for your treatments, as it gives you the following advantages:

1. If your treatment requires **pre-authorisation**, your network medical provider may be able to request this on your behalf.

2. You will be able to access direct settlement for most treatments.

#### *What is direct settlement?*

Direct settlement means that we pay your eligible medical costs directly to your medical provider.

However, please note that there might still be amounts that you will have to pay, if your plan includes deductibles or co-payments, or the cost of treatment or service exceeds the benefit limits of your plan.

#### *What if direct settlement is not available for my treatment?*

Not all treatment costs can be settled on a direct settlement basis: your network medical provider will inform you when direct settlement is not available. In such instances, you will need to pay your medical provider and then submit a claim to us, as explained in the 'Claiming reimbursement for your out-patient, dental and other expenses' section.

#### *What providers are included in my medical network?*

You can confirm the medical providers included in your network by logging into MyHealth digital services. When scheduling an appointment with a network medical provider, please ensure that you state your policy number. You can find this on your membership card.

### How to seek pre-authorisation

If in Step 2 above you have confirmed that your treatment requires pre-authorisation, and you are not attending a medical provider that can organize it for you, please follow the process below:



Download a Pre-authorisation Form from our website:  
[www.allianzcare.com/members](http://www.allianzcare.com/members)



Complete the form and send it to us at least **five working days before treatment**. You can send it by email to:  
[asia.medical@e.allianz.com](mailto:asia.medical@e.allianz.com).



We contact the medical provider to organise direct settlement, where possible.

### If it's an emergency

Get the emergency treatment you need and call us if you need any advice or support. If you are hospitalised, either you, your doctor, one of your dependants or a colleague needs to call our Helpline (within 48 hours of the emergency) to inform us of the hospitalisation. We can take Pre-authorisation Form details over the phone when you call us.

We can also take Pre-authorisation Form details over the phone if treatment is taking place within 72 hours. Please note that we may decline your claim if pre-authorisation is not obtained, where required.

### Claiming reimbursement for your out-patient, dental and other expenses

If your treatment expenses are not settled directly with your medical provider, and your treatment does not require our pre-authorisation, you can simply pay the bill and claim the expenses from us, as follows:



Receive your medical treatment and pay the medical provider.



Get an invoice from your medical provider. This should state your name, treatment date(s), the diagnosis/medical condition that you received treatment for, the date of onset of symptoms, the nature of the treatment and a detailed breakdown of costs.



Claim back your eligible costs via our MyHealth app or online portal ([www.allianzcare.com/en/myhealth.html](http://www.allianzcare.com/en/myhealth.html)).

Simply enter a few key details, add your invoice(s) and press 'submit'.

### Quick claim processing

Once we have all the information required, we can process and pay a claim within 48 hours. However, we can only do this if you have told us your diagnosis, so please make sure you include this with your claim. Otherwise, we will need to request the details from you or your doctor.

We will email or write to you to let you know when the claim has been processed.

### Evacuations and repatriations

At the first indication that you need medical evacuation or repatriation, please contact our 24 hour Helpline and we will take care of it. Given the urgency, we would advise you to call if possible. However, you can also contact us by email. If emailing, please write 'Urgent – Evacuation/Repatriation' in the subject line.

Please contact us before talking to any providers, even if they approach you directly, to avoid excessive charges or unnecessary delays in the evacuation. In the event that evacuation/repatriation services are not organised by us, we reserve the right to decline the costs.

**001 803 065 171**

(toll-free when calling from Indonesia)

**+60 3 92127820**

(international number to call from outside Indonesia)

[asia.medical@e.allianz.com](mailto:asia.medical@e.allianz.com)

## Seeking treatment in the USA

If you have worldwide cover, we offer you simple access to medical care in the USA, through our local third-party partner, supporting your access to medical providers in the country.

To access treatment in the USA, simply show your membership card: your medical provider will then contact our third-party partner to sort any paperwork related to your treatment. We will pay the cost of your eligible treatment directly to your medical provider, if applicable; if you are responsible for any part of the costs, your provider will let you know.

For queries or requests for assistance related to treatment in the USA, please find all contact details on the back of your membership card.

### For a prescription

If your plan includes access to the Caremark's pharmacy network, you can obtain certain drugs and pharmacy products at these US pharmacies on a cashless basis. All details you need to access the Caremark pharmacy network will be shown either on your membership card or on a separate Caremark card.

Show your membership card (or the separate Caremark card) to the Caremark network pharmacy. The pharmacist will tell you if you need to pay any part of the costs, for example if there is a co-payment. Please ensure that the prescriptions have the date of birth of the person that the prescription is for.

## Additional information about claiming for your expenses

### Medical claims

Before submitting a claim to us, please pay attention to the following points:

- **Claiming deadline:** You must submit all claims (via our MyHealth app or online portal) no later than six months after the end of the Insurance Year. If cover is cancelled during the Insurance Year, you should submit your claim no later than six months after the date that your cover ended. After this time, we are not obliged to settle the claim.
- **Claim submission:** You must submit a separate claim for each person claiming and for each medical condition being claimed for.
- **Direct settlement of medical invoices:** If we make a payment directly to your medical provider for your medical costs and later we determine that your direct settlement claim is not eligible, we reserve the right to recover the full claim amount from you.
- **Supporting documents:** When you send us copies of supporting documents (e.g. medical receipts), please make sure you keep the originals. We have the right to request original supporting documents/receipts for auditing purposes up to 12 months after settling your claim. We may also request proof of payment by you (e.g. a bank or card statement) for medical bills you have paid. We advise that you keep copies of all correspondence with us as we cannot be held responsible for correspondence that fails to reach us for any reason outside of our control.
- **Deductibles:** If the amount you are claiming is less than the deductible figure in your plan, you can either:
  - collect all out-patient receipts until you reach an amount that exceeds this deductible figure.
  - send us each claim every time you receive treatment. Once you reach the deductible amount, we'll start reimbursing you.

Attach all supporting receipts and/or invoices with your claim.

If you have insurance cover with another healthcare insurer, and the same in-patient or day-care treatment is eligible under both your plan with the other insurer and your healthcare plan with us:

- You can obtain a reimbursement from the other insurer and request that the amount paid by them is accepted as a contribution to the deductible amount on your healthcare plan with us,
- You can also request that any remaining available benefit limit on your healthcare plan with us is used to cover any deductible or co-payment applied by the other insurer on your claim with them.

When making your request, please send us a copy of a detailed invoice from the hospital or day-care facility, along with a statement or official document confirming the costs paid by the other insurer. Please note that in any case the total amount payable by us remains subject to any applicable benefit limit on your plan with us.

- **Currency and charges:** Please specify the currency you wish to be paid in. On rare occasions, we may not be able to make a payment in that currency due to international banking regulations. If this happens, we will identify a suitable alternative currency. If we have to make a conversion from one currency to another, we will use the exchange rate that applied on the date the invoices were issued. We will cover all charges associated with the payment. However, if your bank applies a fee for receiving funds into your account as part of their terms and conditions, we will not be liable for this fee.
- **Reimbursement:** We will only reimburse (within the limits of your policy) eligible costs after considering any pre-authorisation requirements, deductibles or co-payments outlined in the Table of Benefits.
- **Reasonable and customary cost:** We will only reimburse charges that are reasonable and customary in accordance with standard and generally accepted medical procedures. If we consider a claim to be inappropriate, we reserve the right to decline your claim or reduce the amount we pay.

- **Deposits:** If you have to pay a deposit in advance of any medical treatment, we will reimburse this cost only after treatment has taken place.
- **Providing information:** You and your dependants agree to help us get all the information we need to process a claim. We have the right to access all medical records and to have direct discussions with the medical provider or the treating doctor. We may, at our own expense, request a medical examination by our doctors if we think it's necessary. All information will be treated confidentially. We reserve the right to withhold benefits if you or your dependants do not support us in getting the information we need.

### **Claims for accidental death**

If the 'Accidental death' benefit is included in your healthcare plan, the claim must be reported to us within 90 working days following the date of death of the insured person.

Please send us:

- A fully completed Life and Accidental Death Benefit Application Form
- A death certificate
- A medical report indicating the cause of death
- A written statement outlining the date, location and circumstances of the accident
- Official documentation proving the insured person's family status (i.e. whether they are married or have children)
- For the beneficiaries, proof of identity as well as proof of their relationship to the insured person

Beneficiaries are, unless otherwise specified by the insured:

- The insured person's spouse or partner, if not legally separated
- If there is no spouse or partner, the insured person's surviving children including step-children, adopted or foster children and children born less than 300 days after the date of the insured person's death; in equal shares among them
- If there are no children, the insured person's father and mother, in equal shares between them, or to the survivor if one parent has died

- Failing any of the above, the insured person's estate

If you wish to nominate a beneficiary other than those listed above, please contact our Helpline.

Please note that if the insured person and one or all of the beneficiaries die in the same incident, the insured person will be considered the last deceased.

### **Treatment needed as a result of someone else's fault**

If you are claiming for treatment that you need when somebody else is at fault, you must write and tell us as soon as possible. For example, if you need treatment following a road accident in which you are a victim. Please take any reasonable steps we ask of you to obtain the insurance details of the person at fault. We can then recover from the other insurer the cost of the treatment paid for by us. If you are able to recover directly the cost of any treatment that we have paid for, you will need to repay that amount (and any interest) to us.

# Terms and conditions of your cover

## Terms and conditions

This section describes the benefits and rules of your health insurance policy. Please read it together with your Insurance Certificate and Table of Benefits.

- Your **Insurance Certificate** details the plan(s) and geographical area of cover that your company chose for you and your dependants (if applicable). It also states the start date and renewal date of your cover, as well as any special terms that may apply to your policy. Please note that we will send you a new Insurance Certificate if we need to record any changes to your policy. These may be changes that your company requests, changes we are entitled to make or changes to personal information that you request. Please note that our approval is required for some change requests. You can refer to the 'Administration of your policy' section below for more details.
- Your **Table of Benefits** outlines the plan(s) selected by your company and the benefits available to you. It also specifies any benefits/treatments that require you to submit a Pre-authorisation Form. It confirms any benefits to which specific benefit limits, waiting periods, deductibles and/or co-payments apply. Your Table of Benefits will be in the currency agreed with your company (or with you, if you pay the insurance premium).

For full details of your company's insurance contract, please contact your company's Group Scheme Manager. Please note that the terms and conditions of your cover may be changed from time to time by agreement between your company and us.

# Administration of your policy

## When cover starts

Your insurance is valid from the start date shown on the Insurance Certificate and will continue until the group renewal date (which is also stated on the Insurance Certificate). Generally, this is one Insurance Year, unless we and your company decide otherwise or if you started your policy mid-year. At the end of this period, your company can renew the insurance on the basis of the policy terms and conditions applicable at that time. You will be bound by those terms.

Cover for dependants (if applicable) will start on the effective date shown on the most recent Insurance Certificate that lists them as your dependants. Their membership may continue for as long as you remain part of the group scheme and, for children, as long as they remain under the defined age limit. Child dependants can be covered under your policy up until the day before their 18th birthday or up until the day before their 26th birthday if they are in full-time education. At that time, they may apply for cover in their own right under one of our Healthcare Plans for Individuals and Families.

## Adding dependants

Are you getting married or having a baby? Congratulations!

You may apply to include any member of your family as a dependant if you are allowed to under the agreement between your company and us. The process is different depending on the type of policy you have:

- Policy with full medical underwriting (FMU), or
- Policy with moratorium (MORI), or
- Non-underwritten policy, or
- Policy with CTT/CPME (previously FMU), or
- Policy with CTT/CPME (previously MORI)

Your Insurance Certificate will indicate which type of policy you have; also, you can find definitions of the above types of policies in the 'Definitions' section of this guide.

To add a dependant, simply follow the process described below for your type of policy. Also, if the dependant you want to add is a newborn, please check the paragraph about 'In-patient treatment limits for newborn dependants' further below.

**Policies with full medical underwriting AND policies with CTT/CPME (previously FMU)**

To add a family member to your policy, please contact your Group Scheme Manager. Your dependant will need to complete the relevant application form and will be subject to medical underwriting. If accepted, cover will start from the date of acceptance.

However, if the dependant is a newborn, please follow the guidelines below.

*How do I add a newborn to my policy?*

Please contact your Group Scheme Manager within four weeks of your child's birth to add them to the policy, and ensure that you provide the birth certificate. Except for multiple birth babies, we will accept the baby without medical underwriting if the birth parent or intended parent (in the case of surrogacy) has been insured with us for a minimum of eight continuous months. Cover will start at birth.

*What happens if I don't notify you within four weeks?*

The newborn child will be underwritten and if accepted, cover will start from the date of acceptance.

*What if I am adding multiple birth babies?*

Multiple birth babies will be underwritten and if accepted, cover will start from the date of acceptance.

**Policies with moratorium AND policies with CTT/CPME (previously MORI)**

To add a family member to your policy, please contact your Group Scheme Manager. Your dependant will need to complete the relevant application form. If accepted, a new moratorium will apply for that dependant, and cover will start from the date specified by your Group Scheme Manager.

However, if the dependant is a newborn, please follow the guidelines below.

*How do I add a newborn to my policy?*

Please contact your Group Scheme Manager within four weeks of your child's birth to add them to your policy, and ensure that you provide the birth certificate. Except for multiple birth babies, we will accept the baby without a moratorium if the birth parent or intended parent (in the case of surrogacy) has been insured with us for a minimum of eight continuous months. Cover will start at birth.

*What happens if I don't notify you within four weeks?*

If you notify us late and the application for your newborn dependant is accepted, a new moratorium will apply for that dependant and cover will start from the date we agree to add them.

*What if I am adding multiple birth babies?*

To add multiple birth babies to your policy, please complete the relevant application form. We will review the application form and, if accepted, we will confirm the date we agree to add the newborn and whether a new moratorium will apply for them.

**Non-underwritten policies**

To add a family member as a dependant on your policy, simply notify your company and they will organise it with us.

However, if the dependant you want to add is a newborn, please follow the guidelines below.

*How do I add a newborn to my policy?*

Newborn infants (including multiple birth babies, babies born by surrogacy, adopted and fostered children) will be accepted for cover from birth, provided that we are notified within four weeks of the date of birth. To have a newborn added to the policy, you must ask your company to submit a request in writing (including a copy of the birth certificate) to us.

*What happens if I don't notify you within four weeks?*

If we are notified four weeks or more after the date of birth, newborn children will be accepted for cover from the date of that notification.

## **In-patient treatment limits for newborn dependants**

There is a limit for in-patient treatment that takes place in the first three months following birth if the baby:

- was born by surrogacy.
- is adopted.
- is fostered.
- is a multiple-birth baby born as a result of medically assisted reproduction.

This limit is US\$ 40,500 per child and it applies before any other benefit in your plan. Out-patient treatment is paid under the terms of the Out-patient Plan.

## **Changing country of residence**

It is important that you contact our Helpline and notify your Group Scheme Manager to let us know when you change your country of residence. This may affect your cover or premium, even if you are moving to a country within your geographical area of cover, as your existing plan may not be valid there. Cover in some countries is subject to local health insurance restrictions, particularly for residents of that country. It is your responsibility to ensure that your health cover is legally appropriate. If you are not sure, please get independent legal advice, as we may no longer be able to cover you. The cover we provide is not a substitute for local compulsory health insurance.

## **Changing your postal address or email address**

We will send all correspondence to the address we have on record for you unless requested otherwise. You need to inform us in writing as soon as possible of any change in your home, business or email address.

## **Correspondence**

When you write to us, please use email or post (with the postage paid). We do not usually return original documents to you, but if you ask us to, we will.

## Renewal of cover

**If your company pays for your premium**, the renewal of your cover (and that of your dependants, if applicable) is the decision of your company.

**If you pay your premium** and your company renews your cover (and that of your dependants, if applicable), your policy will automatically renew for the next Insurance Year, if:

- we can continue to provide cover in your country of residence.
- all premiums due to us have been paid.
- the payment details we have for you are still valid on the policy renewal date. Please update us if you get a new/replacement card or if your bank account details have changed.

## Ending your cover

Your company can end your cover or that of any of your dependants by notifying us in writing. We cannot backdate the cancellation of your cover. It will automatically end:

- at the end of the Insurance Year, if the agreement between your company and us is terminated.
- if your company decides to end or not to renew your cover.
- if your company does not pay premiums or any other payment due under the Company Agreement with us.
- if you are an individual payer and you do not pay premiums or any other payment due under the Company Agreement with us.
- when you stop working for your company.
- upon the death of the insured employee.

We can end your cover and that of your dependants if there is reasonable evidence that you or they have misled or attempted to mislead us. For example giving us false information, withholding information, or working with another party to give us false information, either intentionally or carelessly, which may influence us when deciding:

- whether you (or they) can join the scheme.
- what premiums your company has to pay.

- whether we have to pay any claim.

### **Policy expiry**

Please note that upon the expiry of your policy, your right to reimbursement ends. For up to six months after the expiry date, we will reimburse any eligible expenses incurred during the period of cover. However, we will no longer cover any on-going or further treatment that is required after the expiry date of your policy.

It is your responsibility to ensure that any membership card provided to you or your dependants is destroyed immediately when your membership ends. In case you or your dependants obtain treatment following the expiry of membership, we reserve the right to recover the full amount of any treatment expenses from you and/or the company.

### **Applying for cover if group membership ends**

If your cover under the Company Agreement comes to an end, you can apply for cover under one of our Healthcare Plans for Individuals and Families, by simply sending us an email (details below). You need to submit your application within one month of leaving the group scheme. You may be subject to underwriting. If we accept your application, cover will start on the first day after you leave the group scheme.

**Email:** [individual.sales@allianzworldwidecare.com](mailto:individual.sales@allianzworldwidecare.com)

# Paying premiums

## If your company pays your insurance premium

In most cases, your company is responsible for paying the premiums for you and your dependants, covered under the Company Agreement. Your company may also pay other taxes and charges associated with your cover (such as Insurance Premium Tax). However you may be liable to pay tax in respect of the premiums paid by your company. For details, please check with your company.

## If you pay your insurance premium

If you are responsible for paying your insurance premium, you need to pay us in advance for the duration of your cover. Your Insurance Certificate shows the amount your company has agreed with us and your selected payment frequency. You need to pay the **initial premium** or first premium instalment immediately after we accept your application. When you receive your invoice, please check that the premium matches the amount shown on your agreed quotation and contact us immediately if there is any difference. We are not responsible for the loss or delay of payments made through third-parties. **Subsequent premiums** are due on the first day of the chosen payment period.

If applicable, you may also need to pay the following taxes in addition to your premium:

- Insurance Premium Tax (IPT)
- VAT
- Other taxes, levies or charges relating to your cover that we may have to pay or collect from you by law

These charges may already be in effect when you join but they could be introduced (or change) afterwards. Your invoice will show these taxes. If they change or if new taxes are introduced, we will write to inform you. If you do not accept the changes, you can choose to end your cover. We will not apply any of the changes if you end your membership within 30 days of the

date they take effect, or within 30 days of us telling you about the changes (whichever is later).

In some countries you may also be required to apply withholding tax. If that is the case, it is your responsibility to calculate and pay this amount to the relevant authorities in addition to payment of your full premium to us.

Each year on the renewal date, we may change how we calculate your premiums and taxes, the amount you have to pay and/or the method of payment. If so, we will inform you of these changes and they will only apply from your renewal date. If you wish, you can change the way you pay at policy renewal. Please write to us to request this at least 30 days before the renewal date.

If you are unable to pay your premium for any reason, please contact us so that we can discuss this with you, as if you don't pay your premiums on time you may lose your cover.

## The following terms also apply to your cover

### **Applicable law:**

Your policy is governed by the laws and courts of the country as set out in the Company Agreement, unless otherwise required by law.

### **Sanctions suspension clause:**

Any benefits, cover and claims payments are suspended if any element of the cover, benefit, activity, business, or underlying business exposes us to:

- any applicable sanction, prohibition or restriction under the United Nations' resolutions, or
- the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom, or United States of America.

The above suspension will continue until such time as we are no longer exposed to any such sanction, prohibition, or restriction.

### **Who is covered:**

Only those group members (and dependants) as described in the Company Agreement are eligible for cover.

### **The amounts we will pay:**

Our liability to you is limited to the amounts indicated in the Table of Benefits and any policy endorsements. The total amount reimbursed for a claim, whether under this policy, public medical scheme and/or any other insurance will not exceed the costs incurred by you for your claim.

### **Who can make changes to your policy:**

No one, except an appointed representative or the Group Scheme Manager is allowed to make changes to your policy on your behalf. Changes are only valid when agreed by your company and us.

### **When cover is provided by someone else:**

We may decline a claim if you or any of your dependants are eligible to claim benefits from:

- a public scheme.
- any other insurance policy.

- any other third party.

If that is the case, you need to inform us and provide all necessary information. You and the third party cannot agree any final settlement or waive our right to recover expenses without our prior written agreement. Otherwise, we are entitled to get back from you any amount we have paid and to cancel your cover.

We have the right to claim back from a third party any amount we paid for a claim, if the costs were due from or also covered by them. We may take legal proceedings in your name, at our expense, to achieve this. This is called subrogation.

We will not make a contribution to any third-party insurer if the costs are fully or partly covered by that insurer. However, if our plan covers a higher amount than the other insurer, we'll pay the amount not covered by them.

#### **Circumstances outside of our control (force majeure):**

We will always do our best for you, but we are not liable for delays or failures in our obligations to you caused by things that are outside of our reasonable control. Examples are extremely severe weather, floods, landslides, earthquakes, storms, lightning, fire, subsidence, epidemics, acts of terrorism, outbreaks of military hostilities (whether or not war is declared), riots, explosions, strikes or other labour unrest, civil disturbances, sabotage and expropriation by governmental authorities.

#### **Cancellation and fraud:**

- For **policies with full medical underwriting**, the information you and your dependants give us e.g. on the Application Form or supporting documents, needs to be accurate and complete. If it isn't correct or if you don't tell us about things that may affect our underwriting decision, it may invalidate your policy from the start date. You also need to tell us about any medical conditions that arise between completing the application form and the start date of the policy. Medical conditions that you don't tell us about will most likely not be covered. If you're not sure whether certain information is relevant to underwriting, please call us and we'll be able to clarify that.

- For **policies with moratorium**, moratorium cover will still apply even if you tell us about any pre-existing medical conditions you might have. We may apply new terms to the plan, void or cancel it and/or reduce or reject any related claims, based on your new material facts.
- We will not pay any benefits for a claim if:
  - the claim is false, fraudulent or intentionally exaggerated.
  - you or your dependants or anyone acting on your or their behalf use fraudulent means to obtain benefit under this policy.

The amount of any claim we paid to you before the fraudulent act or omission was discovered will become immediately owing to us. We reserve the right to inform your company of any fraudulent activity.

#### **Making contact with dependants:**

In order to administer your policy, we may need to request further information. If we need to ask about one of your dependants (e.g. when we need to collect an email address for an adult dependant), we may contact you as the person acting on behalf of the dependant, and ask you for the relevant information, provided it is not sensitive information. Similarly, for the purposes of administering claims, we may send you non-sensitive information that relates to a family member.

## Data protection

Allianz's Data Protection Notice explains how we protect your privacy and process your personal data. You must read it before sending us any personal data. To read the Data Protection Notice visit:

[www.allianzcare.com/en/privacy](http://www.allianzcare.com/en/privacy)

Alternatively, you can contact us on the phone to request a paper copy.

**001 803 065 171**

(toll-free when calling from Indonesia)

**+60 3 92127820**

(international number to call from outside Indonesia)

If you have any queries about how we use your personal data, please email us at: [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

## Complaints procedure

Our Helpline is always the first number to call if you have any comments or complaints. If we can't resolve the problem on the phone, please email or write to us:

Phone: **001 803 065 171**

(toll-free when calling from Indonesia)

**+60 3 92127820**

(international number to call from outside Indonesia)

Email: [asia.helpline@e.allianz.com](mailto:asia.helpline@e.allianz.com)

Address: **Customer Advocacy Team, Allianz, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland.**

We will handle your complaint according to our internal complaint management procedure. For details see:

[www.allianzcare.com/complaints-procedure](http://www.allianzcare.com/complaints-procedure)

You can also contact our Helpline to obtain a copy of this procedure.

## Definitions

**The following definitions apply to our Healthcare Plans. The benefits you are covered for are listed in your Table of Benefits. If your plan includes any benefit not defined below, the definition will appear in the 'Notes' section at the end of your Table of Benefits. Wherever these words/phrases appear in your policy documents, they will always have the following meanings:**

### **Accident**

Sudden, unexpected event that causes injury and is due to a cause external to the insured person. The cause and symptoms of the injury must be medically and objectively definable, allow for a diagnosis and require therapy.

### **Accidental death benefit**

Amount shown in the Table of Benefits that becomes payable if an insured person, aged 18 to 70, dies as a result of an accident (including an industrial injury), if the accident occurs during the period of insurance, and the insured person dies within 365 days of the date of the accident.

### **Accommodation costs for one parent staying in hospital with an insured child**

Hospital accommodation costs of one parent or legal guardian for the duration of the insured child's admission to hospital for eligible treatment. If a suitable bed is not available in the hospital, we will contribute the equivalent of the daily room rate in a three-star hotel towards any hotel costs incurred. We do not cover sundry expenses such as meals, phone calls or newspapers. Please check your Table of Benefits to confirm whether an age limit applies with regard to the child.

### **Acute**

Sudden onset of symptoms or a medical condition.

### **Acute medical condition**

Medical condition that is brief, has a definite end point, and, in our reasonable opinion, based on advice or general advice can be cured by treatment.

### **Annual hearing examination**

Examinations/checks performed or prescribed by a specialist and undertaken without any clinical symptom being present. If this benefit is available in your plan, we cover one examination per Insurance Year. The following services are covered under the benefit:

- Consultation

- Pure tone audiometry screening
- Tympanometry

### **Bariatric surgery**

Surgical procedures intended for weight loss due to medical necessity. This includes all pre- and post-surgical assessments, consultations and any complications thereafter, up to the benefit limit. The surgical procedures we cover include gastric bypass surgery, sleeve gastrectomy surgery, biliopancreatic diversion (with or without duodenal switch) and laparoscopic adjustable silicone gastric banding surgery only. Cover is only provided where all the following conditions are met:

- You have a BMI of 40 or above, or a BMI between 35 and 40 in addition to two of the following significant diagnoses that could be improved with weight loss: Hypertension, Type 2 Diabetes Mellitus, Hypercholesterolemia, Ischemic Heart Disease.
- You have tried all appropriate non-surgical measures but have failed to achieve or maintain adequate, clinically beneficial weight loss for at least one year. All efforts and compliance with healthy eating and regular exercise need to be proven to our medical team.
- You have received, or will be receiving, intensive management in a specialist obesity service. We reserve the right to determine if an obesity clinic/bariatric surgeon qualifies as a reasonable specialist obesity service.
- You commit to the need for long-term follow-up and supervision.

We reserve the right to decline cover for bariatric surgery if we determine it is not medically necessary.

Cover for complications is available only if the original bariatric surgery was covered by this policy. We do not cover gastric balloon surgery/treatment, vagus nerve blocking systems or other surgical procedures not listed above.

### **Burial expenses**

The cost of burials or cremation that take place outside the home country or principal country of residence. It doesn't include related ceremonial costs such as food and beverage, travel, accommodation, flowers and sympathy cards.

### **Cancer screening**

Health checks, tests and examinations for the early detection of illness or disease, performed at appropriate age intervals, without any clinical symptoms being present. To be covered, you need to receive the cancer screening services at a licensed medical institution or a licensed health examination institution, or under the guidance of a doctor in an appropriate setting and in accordance with the international clinical practice guidelines.

### **Chronic condition**

Sickness, illness, disease or injury that lasts longer than six months or requires medical attention (such as check-up or treatment) at least once a year. It also has one or more of the following characteristics:

- Is recurrent in nature.
- Is without a known, generally recognised cure.
- Is not generally deemed to respond well to treatment.
- Requires palliative treatment.
- Leads to permanent disability.

Please refer to the 'Notes' section of your Table of Benefits to confirm whether chronic conditions are covered.

### **Company**

Your employer as named in the Company Agreement.

### **Company Agreement**

The agreement we have with your employer, through which you and your dependants are insured with us. This agreement sets out who can be covered, when cover begins, how it is renewed and how premiums are paid.

### **Complementary treatment**

Treatment that exists outside of traditional Western medicine. Please refer to your Table of Benefits to confirm whether any of the following complementary treatment methods are covered: chiropractic treatment, osteopathy, podiatry, homeopathy, Chinese herbal medicine (excluding Chinese herbal supplements), acupuncture, Tui na, cupping, bone setting and ayurvedic treatment as practised by approved therapists. If available, consultation costs will also be covered under this benefit.

Your therapist needs to provide a progress report and a treatment plan for your condition after every four sessions.

### **Complications of childbirth**

Medically necessary caesarean sections, post-partum haemorrhage and retained placental membrane only. This includes hospital charges, specialist fees and midwife fees related to the childbirth. For caesarean sections that are not medically necessary, please see the 'Routine maternity' definition.

### **Complications of pregnancy**

Medically necessary treatment for gestational diabetes, pre-eclampsia, stillbirth and hydatidiform mole, where related to the health of the mother during the pre-natal stages of pregnancy. Please note that where an ectopic pregnancy, miscarriage or threatened

miscarriage arises, cover is provided under the member's non-maternity healthcare benefits. Other pre-natal costs are covered under the 'Routine maternity' benefit.

### **Congenital conditions**

Any abnormality, deformity, disease, disorder, illness, malformation, defect, anomaly or injury that is hereditary or acquired before or during birth. A congenital condition can be diagnosed at birth or later in life.

### **Co-payment**

The percentage of the costs that you must pay. E.g. if a benefit has an 80% refund, this means that a co-payment of 20% applies, therefore we will pay 80% of the costs of each eligible treatment per insured person, per Insurance Year. Video consultation services are not subject to co-payment when accessed via the TeleHealth Hub.

### **CPME/CTT**

Continuous Personal Medical Exclusions and Continuous Transfer Terms. These acronyms refer to the continuation of the same underwriting terms, including any special exclusions and/or surcharges, that applied with your previous insurer. You will not be subject to any new personal underwriting terms. Cover will still be governed by the benefits, terms and conditions of the plan with us. The underwriting terms with us can be CPME/CTT previously MORI or CPME/CTT previously FMU. See the 'CPME/CTT previously MORI' and 'CPME/CTT previously FMU' definitions for more information.

### **CPME/CTT previously FMU**

The continuation of your full medical underwriting terms that you had with a previous insurer. Cover will still be governed by the benefits, terms and conditions of the plan with us.

### **CPME/CTT previously MORI**

The continuation of your moratorium start date if you had moratorium underwriting terms with a previous insurer. Cover will still be governed by the benefits, terms and conditions of the plan with us.

### **Day-care treatment**

Planned treatment received in a hospital or day-care facility during the day, including a hospital room and nursing, that does not medically require the patient to stay overnight and where a discharge note is issued.

### **Deductible**

Also referred to as 'excess' in health insurance. It is the part of the cost that is payable by you and that we deduct from the amount we will pay.

Where deductibles apply, they are payable per person per Insurance Year, unless your Table of Benefits states otherwise.

### **Dental implants**

Prostheses that interface with the bone of the jaw or the skull to support a dental prosthesis such as a crown, bridge or denture, along with the related surgical treatment. When submitting claims for dental implants, please include both pre-treatment and post-treatment X-rays.

### **Dental practitioner**

A person who:

- has attained primary degrees in dentistry and/or dental surgery by attending a dental and/or medical school recognised by a relevant accredited professional body, and
- is licensed by the relevant authority to practice dentistry and/or dental surgery in the country where the treatment is given.

### **Dental prescription drugs**

Drugs prescribed by a dentist for the treatment of dental inflammation or infection. The prescription drugs must be proven to be effective for the condition and recognised by the pharmaceutical regulator in a given country. They do not include mouthwashes, fluoride products, antiseptic gels and toothpastes.

### **Dental prostheses**

Crowns, inlays, onlays, adhesive reconstructions/restorations, bridges and dentures as well as all necessary and ancillary treatments required. Cover also extends to medically necessary guards/splints, provided they are not related to bruxism or protection against impact injury. Dental implants are not covered under the 'Dental prostheses' benefit, but may be included in your cover under a separate 'Dental implants' benefit.

### **Dental surgery**

Oral and tooth-related surgeries, such as the surgical extraction of teeth (including impacted teeth), apicoectomy and the surgical removal of cysts. This benefit also covers treatment needed to support dental surgery, including dental prescription drugs and investigative procedures like laboratory tests, X-rays, CT and MRI scans that establish the need for dental surgery. Please note that dental surgery does not cover surgical treatment related to dental implants.

Surgical treatment for temporomandibular joint disorders, facial bone fractures, congenital jaw deformities, salivary gland diseases and tumours is covered within the relevant benefit limits of the Core Plan. Orthognathic surgery for the correction of malocclusion is also covered within these limits, but cover is provided only if the 'Orthodontic treatment' benefit is also included on your Dental plan.

### **Dental treatment**

Routine, preventive and restorative dental treatment, including, but not limited to, routine check-ups, routine scaling and polishing, simple fillings for cavities or decay, root canal treatment, simple extractions and dental prescription drugs.

Treatment for temporomandibular joint disorders (excluding guards/splints and orthodontic treatment), facial bone fractures, congenital jaw deformities, salivary gland diseases and tumours is covered within the relevant benefit limits of the Core Plan and the Out-patient Plan (if you have one).

### **Dependant**

Your spouse or partner and unmarried children that are named as dependants on your Insurance Certificate. Children are covered up to the day before their 18th birthday; or up to the day before their 26th birthday if they are in full-time education.

### **Developmental delay**

Medical investigations and treatment required because of an established cognitive developmental delay of at least 12 months – these are covered if the 'Developmental delay' benefit is included in your plan. The developmental delay, including speech difficulty, late perception, dyslexia and learning difficulties, must be quantitatively measured and documented by qualified medical professionals.

Costs for psychiatry and psychotherapy, speech therapy and occupational therapy will be covered under this benefit up to the limit stated on your Table of Benefits. Counselling sessions will only be covered if they are provided by a qualified counsellor or psychotherapist. We don't cover daily educational support, admissions, stays or day-care treatment at specialised educational facilities.

### **Diagnostic tests**

Investigations such as X-rays or blood tests, carried out for diagnostic purposes. These tests are covered when you are already displaying symptoms or when needed following other medical test results. This benefit does not cover annual check-ups or routine screenings.

### **Dietician fees**

Charges for dietary or nutritional advice provided by a health professional who is registered and qualified to practise in the country where the treatment is received. If included in your plan, cover is only provided in respect of eligible diagnosed medical conditions.

### **Direct family history**

It exists where a parent, grandparent, sibling or child has been previously diagnosed with the medical condition in question.

### **Direct settlement**

Where we settle costs of treatment or services directly with a medical provider in our medical provider network.

### **Doctor**

A person who is licensed to practise medicine under the law of the country in which treatment is given and where they are practising within the limits of their licence.

### **Effective date**

The first day we cover you under the plan during the Insurance Year, as shown on your Insurance Certificate.

### **Elective circumcision for newborn males**

Costs of the elective circumcision surgical procedure undertaken on newborn males within 30 days from birth, as well as any follow-up consultation required.

### **Emergency**

The onset of a sudden and unforeseen medical condition that requires urgent medical assistance. Only treatment commencing within 24 hours of the emergency event will be covered.

### **Emergency in-patient dental treatment**

Acute emergency dental treatment for the relief of pain that is due to a serious accident and requires admission to hospital. The treatment must take place within 24 hours of the emergency event. Cover does not extend to follow-up dental treatment, dental surgery, dental prostheses, orthodontics or periodontics. If cover is provided for these benefits, it will be listed separately in the Table of Benefits.

### **Emergency out-patient dental treatment**

Treatment received in a dental surgery or hospital emergency room for the immediate relief of dental pain caused by an accident or an injury to a sound natural tooth. Treatment may include pulpotomy or pulpectomy and the subsequent temporary fillings, limited to three fillings per Insurance Year. Treatment must take place within 24 hours of the emergency event. It does not include any form of dental prostheses, permanent restorations or the continuation of root canal treatment. However, if your policy also includes a Dental Plan, it will cover dental treatment in excess of the limit on 'Emergency out-patient dental treatment' benefit. In that case, the Dental Plan terms will apply.

### **Emergency out-patient treatment**

Treatment received in a casualty ward or emergency room within 24 hours of an accident or sudden illness, where there is no medical necessity for you to occupy a hospital bed. If your policy includes out-patient benefits, it will cover you for out-patient treatment in excess of the limit on 'Emergency out-patient treatment' benefit.

### **Emergency treatment outside area of cover**

Treatment for medical emergencies that occur during business or holiday trips outside your area of cover. Cover is provided for up to six weeks per trip within the maximum benefit amount. It includes treatment required due to an accident or the sudden beginning or

worsening of a severe illness that presents an immediate threat to your health. Treatment by a doctor must start within 24 hours of the emergency event. Cover is not provided for curative or follow-up non-emergency treatment, even if you are deemed unable to travel to a country within your geographical area of cover. Nor does it extend to charges relating to maternity, pregnancy, childbirth or any complications of pregnancy or childbirth. Please tell your company's Group Scheme Manager if you are going to be outside your area of cover for more than six weeks.

### **Family history**

It exists where a parent, grandparent, sibling, child, aunt or uncle has been previously diagnosed with the medical condition in question.

### **Fertility treatment**

All invasive investigative procedures necessary to establish the cause of infertility such as hysterosalpingogram, laparoscopy or hysteroscopy. It also covers treatment such as InVtiro Fertilisation (IVF), for diagnosed cases of infertility. We will cover the cost of treatment for the insured member who receives it, up to the limit indicated in the Table of Benefits. You can't claim under an insured spouse/partner's cover for costs that exceed your benefit limit.

All non-invasive investigative procedures undertaken to establish the cause of infertility are covered within the relevant benefit limits of the Out-patient Plan (if you have one). Examples of benefits that cover non-invasive investigations procedures are 'Diagnostic tests', 'Medical practitioner fees' and 'Specialist fees'.

For multiple birth babies born as a result of medically assisted reproduction, all babies born by surrogacy, and all adopted and fostered children, in-patient treatment is limited to US\$ 40,500 per child for the first three months following birth; this limit applies before any other benefit in your plan. Out-patient treatment is paid under the terms of the Out-patient Plan.

### **Foreseeable**

A medical condition that, in our reasonable opinion, could be reasonably anticipated.

### **Full medical underwriting (FMU)**

The assessment of insurance risk based on information that you give us when applying for cover. Our underwriting team uses this information to decide the terms of our offer.

### **General advice**

Any medical opinion or medical recommendation from a relevant accredited professional body in relation to a medical condition or treatment that confirms, in our reasonable opinion, an established medical practice or opinion.

### **Group Scheme Manager**

The designated representative of your company, who acts as the point of contact between the company and us for matters relating to the administration of the plan such as enrolment, premium collection and renewal.

### **Health and wellbeing checks including screening for the early detection of illness or disease**

Routine health checks, tests and examinations, performed at appropriate age intervals, without any clinical symptoms being present. To be covered, you need to receive the health and wellbeing screening services at a licensed medical institution or a licensed health examination institution, or under the guidance of a doctor in an appropriate setting and in accordance with the international clinical practice guidelines. We do not cover excessive or unnecessary screening, such as full body ultrasounds, MRIs or CT scans.

### **HIV or AIDS treatment**

A benefit that covers consultations, investigations, in-patient and out-patient treatment related to a diagnosis of Human Immunodeficiency Virus (HIV) or Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). If included in your plan as a specific benefit, cover is limited to the amount shown in your Table of Benefits.

### **Home country**

A country for which you hold a current passport or which is your principal country of residence.

### **Hormone replacement therapy**

The use of female hormones for the relief of symptoms resulting from cessation of ovarian function, either at the time of the natural menopause or following surgical removal of the ovaries. Cover is provided for medical practitioner fees, specialists fees as well as prescription drug expenses.

### **Hospital**

Any establishment that is licensed as a medical or surgical hospital in the country where it operates and where the patient is permanently supervised by a doctor. The following are not considered hospitals: rest and nursing homes, spas, cure-centres and health resorts.

### **Hospital accommodation**

Standard private or semi-private accommodation as shown in the Table of Benefits. We pay the costs for your hospital accommodation and all eligible in-patient/day-care treatment and services required while using the room, up to the reasonable and customary rates associated with the room type specified in your Table of Benefits. Deluxe, executive rooms and suites are not covered.

We do not cover non-medical or personal expenses charged separately to the hospital accommodation cost, such as phone calls or newspapers. If meals are not included in the hospital accommodation cost, we will only cover up to three full-course meals per day. A full-course meal consists of one appetizer, one main course, one dessert and one drink.

Please note that if your hospital admission is related to another benefit covered under your policy, hospital accommodation may already be included within that benefit. For example, if you are hospitalised for cancer treatment, hospital accommodation will be covered under the 'Oncology' benefit, rather than the separate 'Hospital accommodation' benefit. Other benefits that may include hospital accommodation (if included in your plan) are: 'Psychiatry and psychotherapy', 'Routine maternity', 'Palliative care' and 'Long-term care'. Where your benefit includes hospital accommodation, please note that the room type specified under 'Hospital accommodation' in your Table of Benefits will apply to those other benefits as well. For example, if your 'Hospital accommodation' benefit covers a semi-private room type and you are hospitalised for cancer treatment, your 'Oncology' benefit will include cover for semi-private room accommodation only.

If the room type specified in your Table of Benefits is not available at the hospital, or if you choose a superior room type, we will cover your accommodation, as well as all related in-patient and day-care treatment and services, up to the reasonable and customary rates associated with the room type indicated in your Table of Benefits..

#### **In-patient cash benefit at public hospitals**

Amount that we pay to you if you receive in-patient treatment at a public hospital for a medical condition that is covered by us. A public hospital is a hospital that the government owns, runs, and mostly pays for in the country where it's located. This cash benefit is limited to the amount specified in the Table of Benefits and is payable after you are discharged from hospital.

#### **In-patient treatment**

Treatment received in a hospital where an overnight stay is medically necessary.

#### **Insurance Certificate**

A document we issue that outlines the details of your cover. It confirms that your company has a group insurance policy with us.

#### **Insurance Year**

It applies from the effective date of your policy, as shown on the Insurance Certificate and ends at the expiry date of the Company Agreement. The following Insurance Year coincides with the year that is defined in the Company Agreement.

#### **Insured person**

You and your dependants as stated on your Insurance Certificate.

#### **Laser eye treatment**

The surgical improvement of the refractive quality of the cornea using laser technology, including the necessary pre-operative investigations.

### **Lifetime limit**

The total amount we'll pay for any eligible costs you incur during any time we cover you on any one or more plans with the same or equivalent benefits, even if there's a break in your cover.

### **Local ambulance**

Ambulance transport to the nearest available and appropriate hospital or licensed medical facility when required for an emergency or out of medical necessity to receive treatment you are covered for.

### **Long-term care**

Care over an extended period of time after the initial acute/curative treatment has been completed. This usually occurs for a chronic condition or disability requiring uninterrupted/continuous medical care, or where treatment options are limited to the existing level of care. Long-term care can be provided at home, in the community, in a hospital, a long-term care facility or in a nursing home.

### **Medical advice**

Any medical opinion, medical recommendation or information given by a medical professional.

### **Medical evacuation**

It applies in the following scenarios:

- If the necessary treatment you are covered for is not available locally
- If adequately screened blood is unavailable in an emergency

We will evacuate you to the nearest appropriate medical centre (which may or may not be in your home country) by ambulance, helicopter or aeroplane. The medical evacuation should be requested by your doctor, and will be carried out in the most economical way that is appropriate to your medical condition. Following completion of treatment, we will also cover the cost of your return trip at economy rates to your principal country of residence.

If you can't travel or be evacuated for medical reasons following discharge from an in-patient episode of care, we will cover the reasonable cost of hotel accommodation in a private en-suite room for up to 14 days. We do not cover costs for hotel suites, four or five-star hotel accommodation or hotel accommodation for an accompanying person.

If you are evacuated to the nearest appropriate medical centre for ongoing treatment, we will cover the reasonable cost of hotel accommodation in a private en-suite room. This cost must be more economical than the cost of a series of journeys between the nearest appropriate medical centre and your principal country of residence. Hotel accommodation for an accompanying person is not covered.

Where adequately screened blood is not available locally, we will, where appropriate, try to locate and transport screened blood and sterile transfusion equipment, if this is advised by the

treating doctor and our own medical experts. We and our agents accept no liability if we are unsuccessful or if contaminated blood or equipment is used by the treating authority.

You must contact us at the first indication that you need an evacuation. From this point onwards, we will organise and coordinate the evacuation until you arrive safely at your destination of care. If evacuation services are not organised by us, we reserve the right to decline all costs incurred.

In the event of non-emergency treatment, cover is only available if the benefit for 'Medical evacuation in the event of non-emergency treatment' is included in your plan, and if the necessary treatment you are covered for is not available locally.

### **Medical necessity**

Medical treatment, services or supplies that fulfil all of the following:

- Essential to identify or treat your condition, illness or injury.
- Consistent with your symptoms, diagnosis or treatment of the underlying condition.
- In accordance with generally accepted medical practice and professional standards of care in the medical community at the time (this does not apply to complementary treatment methods if they form part of your cover).
- Required for reasons other than the comfort or convenience of you or your doctor.
- Proven and demonstrated to have medical value (this does not apply to complementary treatment methods if they form part of your cover).
- Considered to be the most appropriate type and level of service or supply.
- Provided at an appropriate facility, in an appropriate setting and at an appropriate level of care for the treatment of your medical condition.
- Provided only for an appropriate duration of time.

In this definition, the term 'appropriate' means taking patient safety and cost effectiveness into consideration. In respect to in-patient treatment, 'medically necessary' also means that diagnosis can't be made or treatment can't be safely and effectively provided on an out-patient basis.

### **Medical practitioner fees**

Fees charged for non-surgical treatment performed or administered by a medical practitioner, or performed by a medical professional under the supervision of a medical practitioner.

### **Medical practitioners**

Doctors who are licensed to practise medicine under the law of the country in which treatment is given and where they are practising within the limits of their licence.

### **Medical provider network**

All of the medical providers with whom we have arrangements in place for the direct settlement of our members' medical costs.

### **Medical repatriation**

An optional level of cover and where provided will be shown in the Table of Benefits. If the necessary treatment for which you are covered isn't available locally you can choose to be medically evacuated to your home country for treatment, instead of to the nearest appropriate medical centre. This only applies when your home country is within your geographical area of cover. Where the repatriation relates to non-emergency treatment, cover is only available under this benefit if the benefit for 'Medical evacuation in the event of non-emergency treatment' is also included in your plan.

Following completion of treatment, we will also cover the cost of your return trip at economy rates, to your principal country of residence. The return journey must take place within one month after treatment has been completed.

You must contact us at the first indication that repatriation is required. From this point onwards we will organise and coordinate all stages of the repatriation until you arrive safely at your destination of care. If the repatriation is not organised by us, we reserve the right to decline all costs incurred.

### **Medically assisted reproduction**

A pregnancy that is conceived following fertility treatment, including pregnancies conceived through Intrauterine Insemination, In Vitro Fertilisation (IVF) or any other Assisted Reproductive Technology, and pregnancies conceived within one month of using fertility medication.

### **Mental health professional**

Licensed practitioner working in health care, counselling or social services who offers services for the purpose of treating mental health conditions.

### **Midwife fees**

Fees charged by a midwife or birth assistant, who, according to the law of the country in which treatment is given, has completed the necessary training and passed the necessary state examinations.

### **Moratorium (MORI)**

A waiting period of 24 months from either your start date or the date shown in the special terms section of your Insurance Certificate that must have passed before claims for any pre-existing medical conditions may become eligible under the plan. This includes the underwriting term CPME/CTT previously MORI. Once you've completed a continuous 24-month period after your start date, your pre-existing medical condition may be covered, provided that you've not had symptoms, needed or received treatment, medication, a special diet or advice, or had any other indications of the condition.

### **Natural tooth**

Any tooth that is original, not an artificial implant or replacement.

### **Newborn care**

Newborn accommodation and the following essential examinations, diagnostic procedures and treatments as required following birth:

- Customary examinations required to assess the integrity and basic function of the child's organs and skeletal structures
- One hearing examination
- Screening tests for PKU, congenital hypothyroidism and G6PD
- Vitamin K, hepatitis B and BCG vaccinations.

Cover doesn't include further preventive diagnostic procedures, such as routine swabs or blood typing. However, if for medical reasons the child needs any follow-up investigations and treatment, these are covered under the newborn's own policy (if they have been added as a dependant). For multiple birth babies born as a result of medically assisted reproduction, all babies born by surrogacy, and all adopted and fostered children, in-patient treatment is limited to US\$ 40,500 per child for the first three months following birth; this limit applies before any other benefit in your plan. Out-patient treatment is paid within the terms of the Out-patient Plan.

### **Non-underwritten policies**

Policies where we don't request the insured persons to provide information about their health at the point of joining, as their medical history is not considered nor assessed. Pre-existing medical conditions are covered subject to the benefits, terms and conditions of the policy.

### **Nursing at home or in a convalescent home**

Nursing received immediately after, or instead of, eligible in-patient or day-care treatment. We will pay the benefit listed in the Table of Benefits if the treating doctor decides that it is medically necessary for you to stay in a convalescent home or have a nurse in attendance at home. This benefit also needs to be approved by our Medical Director. This benefit doesn't cover spas, cure centres, health resorts, palliative care or long-term care.

### **Occupational therapy**

Treatment that helps you develop skills needed for daily living and interactions with other people and the environment. These refer to:

- Fine and gross motor skills (how you perform small, precise tasks and whole-body movement).
- Sensory integration (how the brain organises a response to your senses).
- Coordination, balance and other skills such as dressing, eating and grooming.

We will need to see a progress report after every 20 sessions.

## **Oncology**

Specialist fees, diagnostic tests, radiotherapy, chemotherapy and hospital charges related to the treatment of cancer from the point of diagnosis. We also cover the cost of an external prosthetic device for cosmetic purposes, for example a wig for hair loss or a prosthetic bra after breast cancer treatment.

## **Organ transplant**

The following organ or tissue transplants: heart, heart/valve, heart/lung, liver, pancreas, pancreas/kidney, kidney, bone marrow, parathyroid, muscular/skeletal and cornea. We do not reimburse the costs of acquiring organs.

## **Orthodontics**

The use of devices to correct malocclusion (misalignment of your teeth and bite). We only cover orthodontic treatment that meets the medical necessity criteria described below. As the criteria are very technical, please contact us before starting treatment so we can verify if your treatment meets the criteria.

Medical necessity criteria:

- Increased overjet > 6mm but ≤ 9 mm
- Reverse overjet > 3.5 mm with no masticatory or speech difficulties
- Anterior or posterior crossbites with > 2 mm discrepancy between the retruded contact position and intercuspal position
- Severe displacements of teeth > 4
- Extreme lateral or anterior open bites > 4 mm
- Increased and complete overbite with gingival or palatal trauma
- Less extensive hypodontia requiring pre-restorative orthodontics or orthodontic space closure to obviate the need for a prosthesis
- Posterior lingual crossbite with no functional occlusal contact in one or more buccal segments
- Reverse overjet > 1 mm but < 3.5 mm with recorded masticatory and speech difficulties
- Partially erupted teeth, tipped and impacted against adjacent teeth
- Existing supernumerary teeth

You will need to send us some supporting information to show that your treatment is medically necessary and therefore covered by your plan. The information we ask for may include, but is not limited to:

- A medical report issued by the specialist, stating the diagnosis (type of malocclusion) and a description of your symptoms caused by the orthodontic problem.
- A treatment plan showing the estimated duration and cost of the treatment and the type/material of the appliance used.
- The payment arrangement agreed with the medical provider.
- Proof of payment for orthodontic treatment.

- Photographs of both jaws clearly showing dentition before the treatment.
- Clinical photographs of the jaws in central occlusion from frontal and lateral views.
- Orthopantomogram (panoramic X-ray).
- Profile X-ray (cephalometric X-ray).
- Any other document we may need to assess the claim.

We will only cover the cost of standard metallic braces and/or standard removable appliances. However, we'll cover cosmetic appliances such as lingual braces and invisible aligners up to the cost of metallic braces, subject to the 'Orthodontic treatment' benefit limit.

### **Orthomolecular treatment**

Alternative treatment that aims to restore the individual biochemical balance through supplements. It uses natural substances such as vitamins, minerals, enzymes and hormones.

### **Out-patient dental treatment**

A benefit that specifically covers out-patient dental treatment required as follow-up to an in-patient stay for accidental damage to natural teeth. Cover is provided when the out-patient dental treatment is required in the 90 days following discharge from the related in-patient treatment. Cover includes the costs to supply and fit dental implants.

### **Out-patient surgery**

Surgical procedure performed in a surgery, hospital, day-care facility or out-patient department that does not require you to stay overnight out of medical necessity.

### **Out-patient treatment**

Treatment provided in the practice or surgery of a medical practitioner, therapist or specialist that does not require you to be admitted to hospital.

### **Palliative care**

Ongoing treatment that aims to alleviate the physical/psychological suffering associated with progressive, incurable illness and to maintain quality of life. It includes in-patient, day-care and out-patient treatment following the diagnosis of a terminal condition. We will pay for physical care, psychological care, hospital or hospice accommodation, nursing care and prescription drugs.

### **Partner**

A legal partner or a person you have lived with in a de facto relationship for a continuous period of 12 months.

### **Periodontics**

Dental treatment related to gum disease.

### **Policies with full medical underwriting**

Policies where we ask the insured persons to provide detailed information about their medical history when they apply for cover. We assess the medical history before confirming cover, to determine the type of insurance risk: based on the insurance risk, we might confirm cover with exclusion of certain benefits and/or premium loading. Cover for pre-existing conditions is subject to the terms offered by our Underwriting Team, and governed by the benefits, terms and conditions of the policy.

### **Policies with moratorium**

Policies where we don't consider or assess the medical history of the insured persons when they apply for cover. The insured persons are covered for all eligible expenses included in their plan, subject to the terms and conditions of the policy – however, any claims related to pre-existing conditions are subject to moratorium (see definition).

### **Post-hospitalisation physiotherapy**

Physiotherapy treatment required in the 90 days following discharge from an in-patient or day-care treatment of less than three days in duration.

### **Post-hospitalisation treatment**

Out-patient treatment required in the 90 days following discharge from an in-patient or day-care treatment for the same acute medical condition. This benefit covers medical practitioners' fees, specialists' fees, out-patient surgery, prescribed drugs and dressings, MRI, PET and CT scans, X-rays, pathology and other diagnostic tests and procedures.

### **Post-natal care**

Routine post-partum medical care received by the mother for up to six weeks after delivery.

### **Pre-existing conditions**

Medical conditions for which one or more symptoms presented at some point during your or your dependants' lifetime. This applies regardless of whether you or your dependants sought any medical advice or treatment. We will consider any medical condition to be pre-existing if we can determine that you or your dependants would have known about it.

**The following terms about pre-existing conditions apply if your Insurance Certificate shows that your underwriting terms are Full Medical Underwriting or CPME/CTT previously FMU:**

We will also treat as pre-existing any medical conditions that arise between the date you completed the application form and the later of the following:

- the date we issued your Insurance Certificate, or
- the start date of your policy.

Such pre-existing conditions will also be subject to full medical underwriting and if they are not disclosed, they will not be covered. Please refer to the 'Notes' section of your Table of Benefits to confirm if pre-existing conditions are covered.

**The following terms about pre-existing conditions apply if your Insurance Certificate shows that your underwriting terms are Moratorium or CPME/CTT previously MORI:**

Your claim will not be paid if it's relating to a pre-existing medical condition, if one or more of the following have applied within the 24-month period before your start date (or the date shown in your Insurance Certificate):

- It could be reasonably foreseen that the medical condition would occur after your start date.
- The condition clearly showed itself to be present by having signs or symptoms, requiring treatment, investigations or medication.
- To the best of your knowledge, you were aware you had the condition.

Once you've completed a continuous 24-month period after your date of joining we may cover your pre-existing medical condition provided you've not had symptoms, needed or received treatment, medication, a special diet or advice, or had any other indications of the condition. If you have had symptoms, needed or received treatment, medication, a special diet or advice or other indications of any condition during the 24-month waiting period, the waiting period will restart for that condition (rolling moratorium).

### **Pregnancy**

The period of time when you are expecting a baby, from the date of the first diagnosis until delivery.

### **Pre-hospitalisation tests**

Out-patient pre-hospitalisation tests carried out in the 72 hours before in-patient or day-care treatment covered under your plan.

### **Pre-natal care**

Common screening and follow-up tests required during pregnancy. For women aged 35 and over, this includes Triple/Bart's, Quadruple and Spina Bifida tests, amniocentesis and, if directly linked to an eligible amniocentesis, DNA-analysis.

### **Prescribed drugs and dressings**

Drugs when prescribed by a doctor to:

- treat a confirmed diagnosis or medical condition.
- compensate a lack of vital bodily substances.

Prescribed drugs must be clinically proven to be effective for the diagnosed condition. They must also be recognised by the pharmaceutical regulator in the country where you use the

prescription. Even if you can legally buy a medication without a doctor's prescription in that country, you must get a prescription for these costs to be covered. You can claim for a supply of prescribed drugs and dressings for up to three months from the prescription date, subject to the length of time remaining on the policy.

### **Prescribed glasses and contact lenses including eye examination**

Cover for a routine eye examination carried out by an optometrist or ophthalmologist (one check-up per Insurance Year) and for lenses and glasses to correct vision.

### **Prescribed medical aids**

Any device that is prescribed and medically necessary to enable you to carry out everyday activities. Examples include:

- Biochemical aids such as insulin pumps, glucose meters and peritoneal dialysis machines
- Motion aids such as crutches, wheelchairs, orthopaedic supports/braces, artificial limbs and prostheses
- Hearing and speaking aids such as an electronic larynx
- Medically graduated compression stockings
- Long-term wound aids such as dressings and stoma supplies

We do not cover costs for medical aids that form part of palliative care or long-term care.

### **Prescribed physiotherapy**

Treatment provided by a registered physiotherapist following referral by a doctor.

Physiotherapy (either prescribed, or a combination of non-prescribed and prescribed treatment) is initially restricted to 12 sessions per condition, after which treatment must be reviewed by your therapist or the doctor who referred you.

If you need further sessions, your therapist/doctor must send us a new progress report and a treatment plan for your condition, indicating the medical necessity for more treatment. They must also do this after every subsequent set of 12 sessions.

Physiotherapy does not include therapies such as Rolfing, massage, Pilates, Fango and Milta.

### **Prescribed vitamins, minerals and supplements**

Vitamins, minerals and supplements prescribed by a medical practitioner, in conjunction with other treatments, to treat the symptoms of a diagnosed medical condition or aid the recovery process.

This does not include prescriptions for the treatment of deficiency syndromes. Cover for these costs is available under the 'Prescribed drugs and dressings' benefit, provided the benefit is included in your plan.

Similarly, it does not extend to prescriptions during pregnancy or cancer treatment (as required in accordance with medical guidelines). Cover for these costs is available under the 'Routine maternity' and 'Oncology' benefits, provided the relevant benefit is included in your plan.

In all cases, we do not cover vitamins, minerals or supplements obtained without prescription, or where prescribed for preventive purposes.

### **Preventive surgery**

Prophylactic mastectomy or prophylactic oophorectomy. We will pay for preventive surgery when:

- you have a direct family history of a disease that is part of a hereditary cancer syndrome (for example, breast cancer or ovarian cancer), and
- genetic testing has established the presence of a hereditary cancer syndrome.

### **Preventive treatment**

Treatment you receive without any clinical symptoms being present at the time of treatment (e.g. the removal of a pre-cancerous growth). This benefit is covered when the 'Preventive treatment' benefit is listed in your Table of Benefits.

### **Principal country of residence**

The country where you and your dependants (if applicable) live for more than six months of the Insurance Year.

### **Professional sports**

Any sporting activity that you engage in and from which you derive a salary or other economic compensation.

### **Psychiatry and psychotherapy**

Treatment of mental, behavioural and personality disorders, including autism spectrum and eating disorders. Treatment must be carried out by a psychiatrist, clinical psychologist or licensed psychotherapist. The condition must be clinically significant and the treatment medically necessary.

All day-care or in-patient admissions must include prescription medication related to the condition.

Out-patient psychotherapy treatment (where covered) requires referral by a doctor and is limited to 10 sessions per condition initially. After every 10 sessions, a psychiatrist must review the treatment. If you need more sessions, you must send us a progress report that indicates the diagnosis and the medical necessity for further treatment.

Counselling is available through our Employee Assistance Programme (EAP) and refers to short-term, solution-focused interventions, and typically deals with current issues that are easily

resolved on the conscious level. This service is not intended for longer-term situations or the treatment of clinical disorders and is not suitable for minors who are below the local legal age of consent.

EAP can help you and your immediate family deal with challenging situations that may arise in life, such as stress, anxiety, bereavement, workplace challenges, relationship issues, cross-cultural transition and coping with isolation and loneliness. Please note that the EAP service does not include group therapy, such as family therapy.

### **Reasonable and customary**

Treatment costs that are usual within the country of treatment. We will only reimburse the cost of medical providers where their charges are reasonable and customary and in accordance with standard and generally accepted medical procedures.

### **Reconstructive surgery**

Treatment costs to restore natural function or appearance after a disfiguring accident or surgery for cancer. Cover is available where the treatment for the accident or initial surgery was also covered by this policy.

### **Rehabilitation treatment**

Treatment that combines therapies such as physical, occupational and speech therapy. It aims to restore original form or function after an acute illness, injury or surgery. Treatment must take place in a licensed rehabilitation facility and start within 14 days of discharge from acute medical and/or surgical treatment.

Cover is only provided under this benefit if you've received in-patient treatment for three or more consecutive days/nights for the same medical condition.

We cover in-patient or day-care accommodation costs only if admission to a rehabilitation facility was requested by your doctor and approved by us.

### **Repatriation of mortal remains**

The transportation of the deceased insured person's remains to their home country. If the insured passes away in their home country, we will cover transportation to the location of burial or cremation in that country, or to another home country where more than one home country exists. We cover costs such as: embalming, a container legally appropriate for transportation, shipping and the necessary government authorisations. Cremation costs will only be covered if the cremation is required for legal purposes. We do not cover costs incurred by anyone accompanying the remains unless this is listed as a specific benefit in your Table of Benefits.

### **Routine maternity**

Medically necessary costs for the routine care of pregnancy and childbirth. This includes hospital charges, specialist fees, the mother's pre-natal and post-natal care, midwife fees (during labour only) and newborn care (see the definition of 'Newborn care' for what we cover

under this benefit and for in-patient treatment limits that apply to all adopted and fostered children, all babies born by surrogacy and multiple birth babies born as a result of medically assisted reproduction).

Please note that 3D and 4D ultrasound scans are covered up to the cost of a 2D scan only.

Caesarean sections that are not medically necessary are covered up to the cost of a routine delivery in the same hospital, subject to any 'Routine maternity' benefit limits. Medically-necessary caesarean sections are paid for under the 'Complications of childbirth' benefit.

### **Sleep apnoea**

A sleep disorder characterised by pauses in breathing or periods of shallow breathing during sleep. If this benefit is indicated in your Table of Benefits, we will provide cover for the medically necessary treatment and diagnostic procedures related to a confirmed or suspected sleep apnoea diagnosis. The costs covered under this benefit include professional fees, a medically necessary sleep study, other necessary diagnostic tests, medical aids and drugs, up to the limits indicated on your Table of Benefits. Please note that proof of medical necessity is required.

### **Specialist**

A licensed doctor possessing the additional qualifications and expertise necessary to practise as a recognised specialist in diagnostic techniques, treatment and prevention in a particular field of medicine.

### **Specialist fees**

Non-surgical treatment performed or administered by a licensed doctor. This benefit does not include cover for psychiatrist, psychologist fees or any treatment that is already covered by another benefit under your Table of Benefits. We don't cover specialist treatment that is excluded under your policy.

### **Speech therapy**

Treatment carried out by a qualified speech therapist to treat diagnosed physical impairments. This includes conditions such as nasal obstruction, neurogenic impairment (e.g. lingual paresis, brain injury) or articulation disorders involving the oral structure (e.g. cleft palate).

### **Start date**

The date when you first enrolled, or re-enrolled if there is a break in your cover.

### **Surgical appliances and materials**

Those required for surgeries. They include artificial body parts or devices such as joint replacement materials, bone screws and plates, valve replacement appliances, endovascular stents, implantable defibrillators and pacemakers.

### **Therapist**

Chiropractor, osteopath, podiatrist, Traditional Chinese Medicine practitioner, homeopath, acupuncturist, ayurvedic practitioner, physiotherapist, speech therapist, occupational therapist or oculomotor therapist, who is qualified and licensed under the laws of the country in which treatment takes place.

### **Travel costs for one person accompanying an evacuated/repatriated person**

Travel costs for one person to accompany the evacuated/repatriated person. If they can't travel in the same vehicle, we will pay for an alternative form of transport at economy rates. Following completion of treatment, we will also cover the cost of the companion's return trip, at economy rates, to the country where the evacuation/repatriation started from.

Cover under these benefits is only available if the associated evacuation/repatriation is also covered under your plan. Cover does not include hotel accommodation or other related expenses

### **Travel costs of insured family members in the event of an evacuation/repatriation**

The reasonable transportation costs of all insured family members of the evacuated or repatriated person, including minors who might otherwise be left unattended. If all family members can't travel in the same vehicle with the evacuated/repatriated person, we will pay for their round-trip transport at economy rates.

Cover under these benefits is only available if the associated evacuation/repatriation is also covered under your plan. Cover does not include hotel accommodation or other related expenses.

### **Travel costs of insured family members in the event of the repatriation of mortal remains**

The reasonable transportation costs of any insured family members who had been living abroad with the insured person who died, to travel to the country of burial of the deceased. Reasonable transportation costs are considered to be round trip transport costs at economy rates. Cover does not include hotel accommodation or other related expenses.

### **Travel costs of insured members to be with a close relative who is at peril of death or who has died**

The reasonable transportation costs of insured members to be with a close relative who is at peril of death or who has died (up to the amount specified in your Table of Benefits). Cover includes one round trip per insured member per Insurance Year. If the close relative has passed away, travel must commence within six weeks of their date of death.

A **close relative** is a spouse/partner, parent (including legally adoptive parent), stepparent, legal guardian, parent in law, brother or sister (including stepbrother/stepsister and brother/sister in law), child (including adopted child, fostered child or stepchild), son or daughter in law, grandparent or grandchild.

**Reasonable transportation costs** are considered to be round trip transport costs at economy rates. When claiming, please include copies of the travel tickets and the death certificate or a doctor's certificate supporting the reason for travel. Cover does not include hotel accommodation or other related expenses.

### **Treatment**

Medical, surgical or therapeutic interventions received to diagnose, prevent, cure or relieve illness and injury, or physical and mental disorder.

### **Treatment of autism spectrum disorder**

A range of therapies to improve the skills of an insured person with autism. This includes specialist medical treatment and accredited behavioural programmes. Treatment is covered as part of the 'Psychiatry and psychotherapy' benefit of your Out-patient Plan, if you have one. If your plan includes the 'Developmental delays' benefit, it also covers prescribed speech therapy and occupational therapy for autism treatment. Please refer to your Table of Benefits for any applicable limits. We don't cover daily educational support, admissions, stays or day-care treatment at specialised educational facilities.

### **Treatment of eating disorders**

A combination of psychotherapies, including cognitive behavioural therapy, medical monitoring, prescribed medication and nutritional counselling to treat anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge-eating disorder.

All day-care or in-patient admissions must include prescription medication related to the condition.

Out-patient therapy (where covered) requires referral by a doctor and is limited for 10 sessions per condition initially. After every 10 sessions, a psychiatrist must review the treatment. If you need more sessions, you must send us a progress report that indicates the diagnosis and the medical necessity for further treatment.

Treatment is covered as part of the 'Psychiatry and psychotherapy' benefit of your Out-patient Plan, if you have one. Check your Table of Benefits for any limits that may apply.

### **Vaccinations**

- All basic immunisations and booster injections in line with the international medical guidelines that apply in the country where they are administered.
- Vaccination against COVID-19\*, where this is not offered for free or only partially sponsored by the government in your country of residence.
- Medically necessary travel vaccinations.
- Malaria prevention tablets.

We cover the cost of consultation for administering the vaccine and the cost of the drug.

\*We cover any COVID-19 vaccine when:

- The vaccine has completed the necessary clinical development process, including all pre-licensure vaccine clinical trials (phase I, II and III) that demonstrate its efficacy and safety.
- The vaccine has completed the multi-step approval process for the relevant regulating authority and is approved for use in the jurisdiction where you require it.
- The vaccine is not offered for free or only partially sponsored by the government of the country in which you reside.

We cover the reasonable and customary cost of the COVID-19 vaccine, including the administration of the injection, in line with local public health policies related to the allocation of vaccines. We do not pay towards the travel cost if you decide to travel to a different country from where you normally reside in order to get the vaccination. Please note that cover is not intended to give you priority access to vaccines.

### **Video consultation services**

Services accessed via our TeleHealth Hub, which provide direct access to a doctor via a telecommunication platform. This benefit covers the costs of video consultations, as indicated in your Table of Benefits and offers medical advice, diagnosis and issuance of a prescription, if needed, for non-urgent medical care. Access to teleconsultation services and prescriptions will depend on your geographical location and local country regulations. You can make an appointment to speak to a medical practitioner in English, subject to availability. Some third party providers may offer additional core languages. Cost of medicines are not included, but delivery of medicine or referrals may or may not be included under this benefit, even when prescribed or recommended during the video consultation.

If you access teleconsultation services outside of the TeleHealth Hub, the 'Video consultation services' benefit will not apply. Cover will be subject to the terms of the benefit that would apply if the consultation were received in a face-to-face setting.

### **Waiting period**

A period of time that begins on your policy start date (or effective date if you are a dependant), during which you are not entitled to cover for particular benefits. Your Table of Benefits shows which benefits are subject to waiting periods. Waiting periods do not apply to you if you have a non-underwritten policy.

### **We/Our/Us**

PT Asuransi Central Asia.

### **You/Your**

The person working for the company and any dependants named on the Insurance Certificate.

# Exclusions

Although we cover most medically necessary treatment, we do not cover the following expenses unless indicated otherwise in the Table of Benefits or in any written policy endorsement.

## ACQUISITION OF AN ORGAN

Expenses for the acquisition of an organ such as, but not limited to donor search, typing, harvesting, transport and administration costs.

## CHEMICAL CONTAMINATION AND RADIOACTIVITY

Treatment or services for any medical conditions arising directly or indirectly from chemical contamination, radioactivity or any nuclear material, including the combustion of nuclear fuel.

## COMPLEMENTARY TREATMENT

Complementary treatment, with the exception of those treatments shown in the Table of Benefits.

## COMPLICATIONS CAUSED BY CONDITIONS NOT COVERED UNDER YOUR PLAN

Expenses incurred because of complications directly caused by an illness, injury or treatment for which cover is excluded or limited under your plan.

## CONSULTATIONS PERFORMED BY YOU OR A FAMILY MEMBER

Consultations performed and any drugs or treatments prescribed by you, your spouse, parents or children.

## COSMETIC TREATMENT

Any cosmetic treatment, even when medically prescribed. This includes treatment carried out by a plastic surgeon, whether or not for medical/psychological purposes. The only exception is reconstructive surgery necessary to restore

function or appearance after a disfiguring accident or as a result of surgery for cancer, if the accident or initial surgery was also covered by this policy.

#### **DENTAL VENEERS**

Dental veneers and related procedures.

#### **DEVELOPMENTAL DELAY**

Delay in cognitive development, unless the person meets the criteria for developmental delay and the benefit is included on your policy. Cover for physical developmental delays is only provided under the 'Prescribed physiotherapy' and 'Occupational therapy' benefits if these are included in your plan, and the delay is confirmed to be at least 12 months based on quantitative measurements as documented by qualified medical professionals. We don't cover daily educational support, admissions, stays or day-care treatment at specialised educational facilities.

#### **DRUG ADDICTION OR ALCOHOLISM**

Care and/or treatment of drug addiction or alcoholism (including detoxification programmes and treatments to stop smoking), death associated with drug addiction or alcoholism, or the treatment of any condition that in our reasonable opinion is related to, or a direct consequence of, alcoholism or addiction (e.g. organ failure or dementia).

#### **EXPERIMENTAL OR UNPROVEN TREATMENT OR DRUG THERAPY**

Any form of treatment or drug therapy that in our reasonable opinion is experimental or unproven, based on generally accepted medical practice.

#### **FAILURE TO SEEK OR FOLLOW MEDICAL ADVICE**

Treatment or services required as a result of failure to seek or follow medical advice.

#### **FAMILY THERAPY AND COUNSELLING**

Costs in respect of a family therapist or counsellor for out-patient psychotherapy treatment.

#### **FEES FOR THE COMPLETION OF A CLAIM FORM**

Doctor's fees for the completion of a Claim Form or other administration charges.

## **FERTILITY TREATMENT**

Fertility treatment, including medically assisted reproduction or treatment for any medical problems arising from it, unless you have a specific benefit for fertility treatment or have the required out-patient benefits that cover non-invasive investigations into the cause of infertility (such as 'Medical practitioner' fees, 'Specialist fees' and 'Diagnostic' tests).

## **GENDER DYSPHORIA**

Care and/or treatment or services for gender dysphoria.

## **GENETIC TESTING**

Genetic testing, except:

- where specific genetic tests are included within your plan.
- where DNA tests are directly linked to an eligible amniocentesis i.e. in the case of women aged 35 or over.
- where testing for genetic receptor of tumours is covered.

## **HOME VISITS**

Home visits, unless they are necessary after the sudden onset of an acute illness that leaves you incapable of visiting your doctor or therapist.

## **INJURIES CAUSED BY PROFESSIONAL SPORTS**

Treatment, services or diagnostic procedures for injuries arising from taking part in professional sports.

## **INTENTIONALLY CAUSED DISEASES OR SELF-INFLICTED INJURIES**

Care and/or treatment or services for intentionally caused diseases or self-inflicted injuries, including a suicide attempt.

## **LOSS OF HAIR AND HAIR REPLACEMENT**

Investigations into and treatment for loss of hair, including hair replacement unless the loss of hair is due to cancer treatment.

## **MEDICAL ERROR**

Treatment required as a result of medical error.

## **MORTAL REMAINS**

The purchase of a burial plot, or funeral costs, including, but not limited to, flowers and the funeral director's fees.

## **ORTHOMOLECULAR TREATMENT**

Please refer to the definition of 'Orthomolecular treatment'.

## **PARTICIPATION IN WAR OR CRIMINAL ACTS**

Death from, or treatment or services for any illnesses, diseases or injuries resulting from active participation in the following, whether war has been declared or not:

- War
- Riots
- Civil disturbances
- Terrorism
- Criminal acts
- Illegal acts
- Acts against any foreign hostility

## **PERSONAL PRODUCTS AND DIETARY SUPPLEMENTS**

We do not cover the following products, even if they are prescribed, medically recommended and/or acknowledged as having therapeutic effects:

- Personal products such as mouthwash, toothpaste, shampoo, sunscreen, sanitiser, gloves, masks, visors, thermometers and baby supplies
- Cosmetic products, including moisturisers, emulsions, lotions, gels and oils for the skin that do not contain medicinal components. The only exception is for barrier creams prescribed for the management of clinically recognised skin conditions.
- Children's food, including infant formula given orally

We also do not cover vitamins, minerals or supplements (including nutritional, dietary, organic or herbal preparations) except in the following cases:

- Where prescribed
  - during pregnancy, as required in accordance with medical guidelines
  - during cancer treatment, as required in accordance with medical guidelines
  - to treat diagnosed deficiency syndromes

- Where cover is provided under the 'Prescribed vitamins, minerals and supplements' benefit, and this benefit is included in your policy

## **PRE- AND POST-NATAL**

**Pre- and post-natal classes.**

## **PRE-EXISTING CONDITIONS (APPLICABLE TO POLICIES WITH FULL MEDICAL UNDERWRITING OR CPME/CTT PREVIOUSLY FMU)**

**Pre-existing conditions (including pre-existing chronic conditions) when:**

- indicated on a Special Conditions Form that we issue before your policy starts.
- conditions were not disclosed on the application form.
- conditions arise between completing the application form and the later of the following:
  - the date we issue your Insurance Certificate, or
  - the start date of your policy.

Such conditions will also be subject to medical underwriting and if not disclosed, will not be covered.

## **PRE-EXISTING CONDITIONS (APPLICABLE TO POLICIES WITH MORATORIUM OR CPME/CTT PREVIOUSLY MORI)**

**Pre-existing medical conditions when one or more of the following have applied within the 24-month period before your date of joining (or the date shown in your Insurance Certificate):**

- It could be reasonably foreseen that the medical condition would occur after your start date.
- The condition clearly showed itself.
- You had signs or symptoms of the condition.
- You asked for advice about the condition.
- You received treatment for the condition.
- To the best of your knowledge, you were aware you had the condition.

Once you've completed a continuous 24-month period after your date of joining your pre-existing medical condition may be covered provided you've not had symptoms, needed or received treatment, medication, a special diet or advice, or had any other indications of the condition.

## **PRODUCTS PURCHASED WITHOUT A PRESCRIPTION**

Products that are purchased without a doctor's prescription.

## **SEARCH AND/OR RESCUE OPERATIONS**

Claims relating to 'search and/or rescue' operations, for instance on land or down from a mountain, to find and transport a member back to a safe location. Please note that in the case of medical evacuation, we only cover activities that begin after the 'search and/or rescue' operations conclude.

## **SLEEP DISORDERS**

Treatment of sleep disorders, including insomnia, obstructive sleep apnoea, narcolepsy, snoring and bruxism.

## **SPEECH THERAPY**

Speech therapy related to developmental delay (unless the person meets the criteria for developmental delay and the 'Developmental delay' benefit is included on your policy), dyslexia, dyspraxia or expressive language disorder.

## **STAYS IN A CURE CENTRE**

Stays in a cure centre, bath centre, spa, health resort and recovery centre, even if the stay is medically prescribed.

## **STERILISATION, SEXUAL DYSFUNCTION AND CONTRACEPTION**

Investigations into, treatment of and complications arising from:

- Sterilisation
- Sexual dysfunction (unless as a result of a total prostatectomy following cancer surgery)
- Contraception (including the insertion and removal of contraceptive devices and all other contraceptives), unless prescribed for medical reasons that are unrelated to birth control

## **SURROGACY**

Treatment directly related to surrogacy whether you are acting as a surrogate, or are the intended parent.

## **TERMINATION OF PREGNANCY**

Termination of pregnancy, except where the life of the pregnant woman is in danger.

## **TRAVEL COSTS**

Travel costs to and from medical facilities (including parking costs) for treatment, except when covered under 'Local ambulance', 'Medical evacuation' and 'Medical repatriation' benefits.

## **TREATMENT IN THE USA IN THE FOLLOWING CASES**

Treatment or services in the USA if we believe that cover was taken out with the purpose of travelling to the USA to get treatment for a condition or symptoms you were aware of:

- before being insured with us.
- before having the USA in your region of cover.

If we paid any claims in these circumstances, we reserve the right to seek reimbursement from you.

## **TREATMENT OUTSIDE THE GEOGRAPHICAL AREA OF COVER**

Treatment outside the geographical area of cover unless for emergencies or authorised by us.

## **TRIPLE/BART'S, QUADRUPLE OR SPINA BIFIDA TESTS**

Triple/Bart's, Quadruple or Spina Bifida tests, except for women aged 35 or over.

## **VESSEL AT SEA**

Medical evacuation/repatriation from a vessel at sea to a medical facility on land.

## **WEIGHT-RELATED TREATMENT AND SERVICES**

Treatment and services for weight control, including bariatric surgery, medication (unless indicated for use in the treatment for established Type 2 Diabetes), supplements, health club memberships, diet programs and residential eating disorder programs.

## **BENEFITS THAT ARE NOT IN YOUR TABLE OF BENEFITS**

The following benefits or any adverse consequences or complications relating to them, unless otherwise indicated in your Table of Benefits:

- Bariatric surgery
- Complications of pregnancy and childbirth
- Dental treatment, dental surgery, periodontics, orthodontics, dental implants and dental prostheses
- Developmental delay
- Dietician fees
- Elective circumcision for newborn males
- Emergency dental treatment
- Fertility treatment
- Health and wellbeing checks including screening for the early detection of illness or disease
- HIV/AIDS treatment
- Homeopathy, Chinese herbal medicine, Tui na, cupping, bone setting, acupuncture and ayurvedic treatment
- Hormone replacement therapy
- In-patient and day-care treatment of congenital conditions
- In-patient psychiatry and psychotherapy treatment
- Laser eye treatment
- Medical evacuation in the event of non-emergency treatment
- Medical repatriation
- Out-patient psychiatry and psychotherapy treatment
- Out-patient treatment
- Palliative care
- Prescribed glasses and contact lenses including eye examination
- Prescribed medical aids
- Prescribed vitamins, minerals and supplements
- Preventive surgery
- Repatriation of mortal remains or burial expenses
- Routine maternity
- Travel costs for one person accompanying an evacuated/repatriated person
- Travel costs of insured family members in the event of an evacuation/repatriation

- Travel costs of insured family members in the event of the repatriation of mortal remains
- Travel costs of insured members to be with a close relative who is at peril of death or who has died

## ACCIDENTAL DEATH BENEFIT

Accidental death benefit, if the death of an insured person has been caused either directly or indirectly by:

- Active participation in war, riots, civil disturbances, terrorism, criminal acts, illegal acts or acts against any foreign hostility, whether war has been declared or not.
- Intentionally caused diseases or self-inflicted injuries, including suicide, within one year of the enrolment date of the policy.
- Active participation in underground or underwater activity such as underground mining or deep sea diving.
- Above-water activity (such as on oil platforms or oil rigs) and aerial activity, unless specifically covered under the Company Agreement.
- Chemical or biological contamination, radioactivity or any nuclear material contamination, including the combustion of nuclear fuel.
- Passive war risk:
  - Being in a country where the British government has recommended that their citizens leave (this condition will apply regardless of the insured person's nationality) and has advised against 'all travel' to that location; or
  - Travelling to or staying, for a period of more than 28 days per stay, in a country or an area where the British government advises 'against all but essential travel'.

The passive war risk exclusion applies regardless of whether the claim arises directly or indirectly as a consequence of war, riots, civil disturbances, terrorism, criminal acts, illegal acts or acts against any foreign hostility, whether war has been declared or not.

- Being under the influence of drugs or alcohol.
- Death that takes place more than 365 days after the occurrence of the accident.
- Deliberate exposure to danger, except in an attempt to save human life.

- Intentional inhalation of gas or intentional ingestion of poisons or legally prohibited drugs.
- Flying in an aircraft, including helicopters, unless the insured person is a passenger and the pilot is legally licensed, or is a military pilot and has filed a scheduled flight plan when required by local regulations.
- Active participation in extreme or professional sports or activities including but not limited to:
  - Mountain sports such as abseiling, mountaineering and racing of any kind (except for racing on foot).
  - Snow sports such as bobsleigh, luge, mountaineering, skeleton, skiing off-piste and snowboarding off-piste.
  - Equestrian sports such as hunting on horseback, horse jumping, polo, steeple chasing or horse-racing of any kind.
  - Water sports such as potholing (solo caving) or cave diving, scuba diving to a depth of more than 10 metres, high diving, white water rafting and canyoning.
  - Car and motorcycle sports such as motorcycle riding and quad biking.
  - Combative sports.
  - Air sports such as flying with a microlight, ballooning, hang gliding, paragliding, parascending and parachute jumping.
  - Various other sports such as bungee jumping.

# Talk to us, we love to help!

If you have any queries, please do not hesitate to contact us:

24/7 Helpline for general enquiries and emergency assistance.

Phone:

**001 803 065 171**

(toll-free when calling from Indonesia)

**+60 3 92127820**

(international number to call from outside Indonesia)



Toll free numbers: [www.allianzcare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzcare.com/toll-free-numbers)

*If you are not able to access the toll-free numbers from a mobile phone, please dial one of the Helpline numbers listed above.*

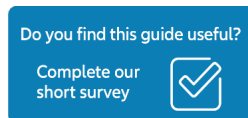
*Calls to our Helpline will be recorded and may be monitored for training, quality and regulatory purposes. Please note that only the policyholder (or an appointed representative) or the Group Scheme Manager can make changes to the policy. Security questions will be asked of all callers to verify their identity.*

Live Chat – chat with us

Email: [asia.helpline@e.allianz.com](mailto:asia.helpline@e.allianz.com)

Address: **Mal Ambassador Ruko 2-3, Jl. Prof. Dr. Satrio, Jakarta 12940, Indonesia.**

[www.allianzcare.com/summit/Indonesia](http://www.allianzcare.com/summit/Indonesia)



The policies are issued and covered by PT Asuransi Central Asia. Registered address: Mal Ambassador Ruko 2-3, Jl. Prof. Dr. Satrio, Jakarta 12940, Indonesia.

This insurance product belongs to PT Asuransi Central Asia. PT Asuransi Central Asia is responsible for the issuance of the policy and has the right to reject claims made not in accordance with the terms and conditions written in the policy.