

POLICY TERMS AND CONDITIONS

# MyHEALTH INDIVIDUAL MEDICAL PLANS

Download our Easy Claim mobile app  
for quicker claims reimbursement!



 [april-international.com](http://april-international.com)

Please print only if necessary



Insurance made easy.



This agreement has been adjusted to the provisions of the legislation including the provisions of the OJK regulations.

## 1 OUR CONTRACT WITH YOU

- 1.1 These terms and conditions need to be read together with the policy cover page, the *namelist*, the *benefits schedule*, and any endorsement(s). All of these documents, together with the statements made in *your* application and any documents or statements submitted in connection with or referred to in *your* application; make up the entire policy. In the event of any discrepancy in respect of meaning between the Bahasa Indonesia version and the English version, the English version shall prevail.
- 1.2 No change to the policy will be effective unless contained in a written endorsement signed by *us*.
- 1.3 This policy uses defined terms which appear in italics. Defined terms have the same meaning wherever they appear. The meaning given to a defined term can be found in the definitions section at the end of these terms and conditions.
- 1.4 Please examine the contract carefully to make sure *you* have the cover *you* want. If *you* have any questions about the contract, please speak with the person who arranged this contract for *you*.

## 2 CO-INSURANCE AND DEDUCTIBLES

- 2.1 All expenses will be paid in excess of any *deductible* that applies and after *we* have applied any *co-insurance percentage*, also known as co-payment percentage. If three or more members of *your* family suffer *injury* in the same *accident* while covered under this policy, *we* will pay *expenses* in excess of only one *deductible*, which shall be the largest of the *deductibles* which would have otherwise applied.

## 3 WHERE ARE YOU COVERED?

- 3.1 This plan covers services rendered within the area of cover stated in the *benefits schedule*.
- 3.2 Services rendered outside the area of cover will, subject to the limit for Out of Area Cover shown on the *benefits schedule*, be covered only if they are directly caused by *sudden illness* or *injury* occurring during the first 30 *travel days* of any trip outside the area of cover. This section does not apply to any trip:
  - 3.2.1 commenced or continued against the orders or advice of any *physician*; or
  - 3.2.2 undertaken in whole or in part for the purpose of obtaining medical care.

## 4 WHO IS COVERED?

- 4.1 *You* and *your dependants* whose names appear on the *namelist*.

## 5 WHAT IS COVERED?

- 5.1 Once the premium has been paid and subject to the waiting periods set out in section 8, *we* will cover *you* for *expenses* up to the *amount of cover*.
- 5.2 All *expenses* will be paid excess of any *deductible* that applies and after *we* have applied any *co-insurance percentage*.
- 5.3 If three or more members of *your* family are injured in the same *accident* whilst covered under this contract, *we* will pay *expenses* excess of only one *deductible*, which shall be the largest of the *deductibles* which would have otherwise applied.
- 5.4 Each and every payment of *expenses* will erode the *amount of cover* corresponding to the category of benefit in the *benefits schedule* to which it is most closely related. Once an *amount of cover* has been exhausted, it will not be reinstated until the next *period of insurance*.
- 5.5 All *expenses we* pay during the *period of insurance* will be added together. If the total of *expenses we* pay during the *period of insurance* exceeds the annual limit as stated in *your benefits schedule*, *we* will have no further liability under this contract until the next *period of insurance*.
- 5.6 *Expenses* will be paid to *you* or *your* legal representatives, whose receipt discharges *our* liability for those *expenses*. *We* may, in *our* absolute discretion, pay *expenses* to a provider of services, but *we* will not do so where *we* have been told in writing by *you* or *your* legal representative not to pay *expenses* to them.

## 6 PERIOD OF COVER

- 6.1 The minimum initial *period of insurance* is 12 months.
- 6.2 Cover (except for a child born during the *period of insurance*) will start at 00:00 a.m. on the first day and end at 11:59 p.m. on the last day of the *period of insurance*.

## 7 RENEWAL OF YOUR POLICY

- 7.1 This policy will be automatically renewed unless
  - 7.1.1 *We* have offered *you* new or additional terms of cover; or
  - 7.1.2 *We* have amended the product upon which this contract is based and offered replacement cover; or
  - 7.1.3 *We* have not received the premium on or before the due date stated on the debit note
- 7.2 Prior to *your* policy expiring, *you* will receive a renewal notice and debit note from *us* by email. If *you* do not wish to renew, *you* can notify *us* in that sense on or before the expiry date of *your* current policy. If *you* wish to renew *your* policy, *we* must receive *your* premium on or before the due date stated on the debit note. Otherwise, it will be deemed that *you* have decided not to renew *your* policy with *us*.

Perjanjian ini telah disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan termasuk ketentuan peraturan OJK.

## 1 KONTRAK KAMI DENGAN ANDA

- 1.1 Syarat dan ketentuan ini dibaca bersama dengan halaman sampul Polis, *daftar nama*, *daftar manfaat*, dan perubahan-perubahan yang ada. Seluruh dokumen tersebut, beserta pernyataan yang dibuat di dalam Aplikasi *Anda* dan dokumendokumen atau pernyataan yang diajukan sehubungan dengan atau di rujuk di dalam Aplikasi *Anda*; merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari polis. Apabila terjadi perbedaan pengertian antara versi Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris, maka versi Bahasa Inggris yang akan berlaku.
- 1.2 Tidak ada perubahan pada polis yang akan efektif kecuali tercantum dalam persetujuan secara tertulis yang telah ditandatangani oleh *Kami*.
- 1.3 Polis ini menggunakan istilah yang didefinisikan, ditandai dengan huruf miring. Istilah tersebut memiliki definisi yang serupa dimanapun mereka muncul. Makna definisi dari istilah tersebut dicantumkan pada bagian definisi di akhir syarat dan ketentuan ini.
- 1.4 Mohon membaca kontrak dengan seksama untuk memastikan bahwa *Anda* mendapatkan perlindungan yang *Anda* inginkan. Apabila *Anda* memiliki pertanyaan mengenai kontrak ini, mohon menghubungi pihak yang mengatur kontrak ini untuk *Anda*.

## 2 KOASURANSI DAN RISIKO SENDIRI

- 2.1 Semua *biaya-biaya* akan dibayarkan setelah dikurangi oleh *risiko sendiri* yang berlaku dan setelah disesuaikan dengan *presentase koasuransi*, dikenal pula sebagai persentase pembayaran bersama. Jika terdapat tiga atau lebih anggota keluarga *Anda* yang mengalami *cedera* dalam *kecelakaan* yang sama ketika dijamin dalam polis ini, maka *Kami* akan membayarkan *biaya-biaya* yang telah dikurangi oleh satu *risiko sendiri*, yang merupakan *risiko sendiri* terbesar yang akan dinyatakan berlaku.

## 3 DIMANA ANDA DIJAMIN?

- 3.1 Polis ini mencakup layanan yang diberikan dalam perlindungan yang tercantum dalam *daftar manfaat*.
- 3.2 Layanan yang diberikan diluar area perlindungan, hanya untuk perlindungan luar wilayah yang telah tercantum dalam *daftar manfaat*, perlindungan hanya akan diberikan untuk *penyakit mendadak* atau *cedera* yang terjadi selama 30 *hari perjalanan* pertama dari setiap perjalanan di luar area perlindungan. Bagian ini tidak berlaku untuk perjalanan apa pun, jika:
  - 3.2.1 melawan perintah atau nasihat dari *Dokter* mana pun; atau
  - 3.2.2 dilakukan secara keseluruhan atau sebagian untuk tujuan mendapatkan perawatan medis.

## 4 SIAPA YANG DIJAMIN?

- 4.1 *Anda* dan *Tanggungannya* sebagaimana tercantum di dalam *daftar nama*.

## 5 APA YANG DIJAMIN?

- 5.1 Setelah premi dibayarkan dan sesuai dengan waktu tunggu yang di atur oleh Bagian 8, *Kami* akan memberikan pertanggungangan kepada *Anda* untuk *biaya-biaya* yang dikeluarkan sampai dengan batasan *biaya yang dijamin*.
- 5.2 Semua *biaya-biaya* akan dibayarkan setelah dikurangi *risiko sendiri* yang berlaku dan setelah disesuaikan dengan *persentase ko-asuransi*.
- 5.3 Jika tiga atau lebih anggota keluarga *Anda* *terluka* dalam *kecelakaan* yang sama saat dijamin dalam kontrak ini, maka *kami* akan membayarkan *biaya-biaya* setelah dikurangi oleh hanya satu *risiko sendiri*, yang merupakan *risiko sendiri* terbesar yang akan dinyatakan berlaku.
- 5.4 Setiap pembayaran *biaya-biaya* akan mengurangi *biaya* yang *dijamin* sesuai dengan kategori manfaat dalam *tabel manfaat* yang dinilai paling terkait. Apabila *biaya* yang *dijamin* telah habis terpakai, maka tidak dapat dipulihkan kembali hingga *periode asuransi* berikutnya.
- 5.5 Seluruh *biaya-biaya* yang dibayarkan selama *periode asuransi* akan dijumlahkan. Jika total *biaya* yang dibayarkan selama *periode asuransi* melebihi limit tahunan sebagaimana tercantum dalam *tabel manfaat Anda*, *kami* tidak memiliki kewajiban tambahan hingga *periode asuransi* berikutnya.
- 5.6 *Biaya-biaya* akan dibayarkan kepada *Anda* atau perwakilan hukum *Anda*, yang penerimaannya akan menghapus kewajiban *kami* atas *biaya-biaya* tersebut. *Kami* mungkin, dalam kebijaksanaan mutlak, membayar *biaya-biaya* kepada penyedia jasa, tapi *kami* tidak akan melakukan pembayaran tersebut apabila terdapat perintah tertulis dari *Anda* atau perwakilan hukum *Anda* untuk tidak membayar *biaya-biaya* kepada mereka.

## 6 PERIODE PERTANGGUNGAN

- 6.1 Batas minimum *periode asuransi* awal adalah dua belas (12) bulan.
- 6.2 Pertanggungangan (kecuali untuk anak yang dilahirkan selama *periode asuransi*) berlaku semenjak waktu 00.00 a.m. pada hari pertama dan berakhir pada waktu 11.59 p.m. pada hari terakhir *periode asuransi*.

## 7 PERPANJANGAN POLIS ANDA

- 7.1 Polis ini akan diperpanjang secara otomatis kecuali:
  - 7.1.1 *Kami* menawarkan *Anda* penambahan pertanggungangan atau ketentuan pertanggungangan yang baru; atau
  - 7.1.2 *Kami* melakukan perubahan produk yang didasarkan pada kontrak ini dan menawarkan pertanggungangan pengganti; atau
  - 7.1.3 *Kami* belum menerima premi pada atau sebelum tanggal jatuh tempo yang tertera pada nota debit
- 7.2 Sebelum polis *Anda* berakhir, *Anda* akan menerima pemberitahuan perpanjangan dan nota debit dari *kami* melalui email. Jika *Anda* tidak ingin memperpanjang, *Anda* dapat memberitahu *kami* pada atau sebelum tanggal kadaluarsa Polis *Anda* saat ini. Jika *Anda* ingin memperpanjang polis *Anda*, *kami* harus menerima premi *Anda* pada atau sebelum tanggal jatuh tempo yang tertera pada nota debit. Jika tidak, maka akan dianggap bahwa *Anda* telah memutuskan untuk tidak memperbaharui Polis *Anda* dengan *kami*.

## 8 WAITING PERIODS

- 8.1 Cover for the following benefits and disabilities will commence after an *insured person* has been continuously covered under the plan and any renewal thereof for the following time periods in respect of an *insured person*:
- 8.1.1 Maternity Benefits: 366 days prior to the date of service;
- 8.1.2 Newborn Additions: 366 days prior to the date of birth;
- 8.1.3 **Major dental treatment**: 300 days prior to the date of service; and
- 8.1.4 **HIV/AIDS**: coverage will apply only if signs or symptoms are present for the first time after three years continuous coverage under the plan and any renewal thereof.
- 8.2 If *you* have changed the cover for an *insured person* after the start of the first *period of insurance*, the benefits for any *disability* or service subject to a waiting period will be those shown on the *benefits schedule* for that *disability* or service on the first day of the waiting period, or those shown on the current *benefits schedule*, whichever is less.

## 9 NEWBORN ADDITIONS

- 9.1 A *newborn infant* born to a parent who has been covered under the policy for the period stated in section 8.1.2 may be added to the policy from birth without medical underwriting as long as the *newborn infant* was not born following *major assisted conception*.
- 9.1.1 *You* must provide *us* with a Newborn Additions Form within thirty (30) days of birth of the *newborn infant* so that *we* can add the child to the policy. The premium for the *newborn infant* must be paid according to Section 11.
- 9.1.2 *Your* child's cover will match the cover provided to the parent of the child on the first day of the twelve-month period preceding the child's birth, excluding any optional benefits, treatment and care of birth defects and *congenital conditions*. Cover for *neonatal disabilities* will be limited to the *neonatal disabilities* limit shown on the *benefits schedule*.
- 9.2 A child not meeting the criteria under 9.1 must be added by Medical Questionnaire, including any child:
- 9.2.1 whose parent has not been covered under the policy for 366 consecutive days;
- 9.2.2 for whom a Newborn Additions Form was not received by *us* within 28 days following birth;
- 9.2.3 who was adopted or was carried by a surrogate; or
- 9.2.4 who was born following *major assisted conception*.
- 9.3 *Our* underwriting process will apply to an addition under section 9.2, and *we* may decline to provide cover or may offer cover at terms *we* require. The cover must be equal to the cover provided to the parent excluding any optional Maternity Benefits or Dental and/ or Optical Benefits.

## 10 CANCELLATION

- 10.1 The minimum *period of insurance* is 12 months. If this policy is cancelled mid-term no refund will be made except as stated under section 10.2 and 10.3
- 10.2 Both parties may propose cancellation regardless of any reason on this policy, provided 14 calendar days notice of cancellation be given from each party to another party in writing. Prorate refund premium will be calculated accordingly.
- 10.3 Cancellation under this policy cannot be made by the Insured if there is a claim occurred before request of cancellation.

## 11 PREMIUM PAYMENT

- 11.1 Annual payments – payment before cover warranty
- 11.1.1 Notwithstanding anything herein contained but subject to clauses 11.1.2 hereof, it is hereby agreed and declared that any premium due must be paid and actually received in full by *us* within 30 days of the:
- a. inception date of the coverage under the policy, renewal certificate or cover note; or
- b. effective date of each endorsement, if any, issued under the policy, renewal certificate or cover note.
- 11.1.2 In the event that the total premium due is not paid and actually received in full by *us* or the *intermediary* through whom this policy was effected on or before the inception date referred to above, then the policy, renewal certificate, cover note and endorsement shall not attach and no benefits whatsoever shall be payable by *us*. Any payment received thereafter shall be of no effect whatsoever as cover never attached on the policy, renewal certificate, cover note and endorsement.
- 11.2 Premium Payment Warranty (Installment)
- 11.2.1 Notwithstanding anything herein contained but subject to clauses 11.2.2 hereof, it is hereby agreed and declared that the installment premium due must be paid and actually received in full by *us* on or before the due date indicated in the policy, renewal certificate, cover note or endorsement. In order for the policy to be effective, the first quarterly or semi-annual instalment must be paid and actually received in full by *us*.
- 11.2.2 In the event that any of the installment premium due is not paid and actually received in full by *us* on or before the inception date or due date referred to above, then the policy, renewal certificate, cover note and endorsement shall not attach and no benefits whatsoever shall be payable by the company. Any payment received thereafter shall be of no effect whatsoever as cover never attached on the policy, renewal certificate, cover note and endorsement.
- 11.2.3 If any of the installments are not paid, *we* reserve the rights to recover any claims already paid as per section 19.
- 11.3 Breach of premium warranty is a condition precedent that this insurance policy is issued on the basis that the named insured has never had any insurance (for the risk insured) cancelled due solely or in part to a breach of premium payment warranty as per section 11 in the last twelve (12) months.
- 11.4 The payment of premium is deemed to be received by when the cash payment is received, or the premium payment is recorded on *our* bank account or the Insurer bank account.
- 11.5 *We* reserve the right to determine the currency of premium or claim payment (United States dollars (US Dollars) or Indonesian Rupiah).
- 11.6 In the case of premiums and / or claims are set in other currencies but the payment is made in Rupiah, the payment is made using the Bank Indonesia middle rate at the time of payment.

## 8 MASA TUNGGU

- 8.1 Pertanggungjawaban untuk manfaat dan *ketidakmampuan* berikut akan dimulai setelah *Tertanggung* secara terusmenerus dijamin dalam polis ini dan setiap perpanjangannya untuk periode berikut sehubungan dengan *tertanggung* mendapatkan :
- 8.1.1 Manfaat bersalin : 366 hari sebelum tanggal Layanan;
- 8.1.2 Penambahan bayi baru lahir : 366 hari sebelum tanggal kelahiran;
- 8.1.3 Perawatan *Gigi Utama* : 300 hari sebelum tanggal Layanan;
- 8.1.4 Perlindungan *HIV/AIDS* akan berlaku hanya jika tanda atau gejala yang muncul untuk pertama kalinya setelah tiga tahun periode perlindungan Asuransi berkelanjutan dalam polis ini dan polis perpanjangannya.
- 8.2 jika *Anda* telah mengubah perlindungan untuk *Tertanggung* asuransi setelah dimulainya periode pertama jaminan, manfaat untuk *ketidakmampuan* atau layanan yang tunduk pada masa tunggu akan menjadi yang ditunjukkan pada *tabel manfaat* untuk *ketidakmampuan* atau layanan tersebut pada hari pertama waktu tunggu, atau yang ditampilkan pada *tabel manfaat* saat ini, mana pun yang muncul terlebih dahulu.

## 9 NEWBORN ADDITIONS

- 9.1 *Bayi baru lahir* dari orang tua yang telah terdaftar dan dilindungi oleh polis untuk periode yang disebutkan dalam bagian 8.1.2 dapat ditambahkan ke polis sejak lahir tanpa proses underwriting medis selama *bayi yang baru lahir* tidak dilahirkan hasil dari mengikuti *konsepsi buatan*
- 9.1.1 *Anda* harus mengisi dan menyerahkan kepada *kami* formulir penambahan *bayi baru lahir* dalam waktu tiga puluh (30) hari kelahiran *bayi yang baru lahir* sehingga kita dapat menambahkan anak ke polis. Premi untuk *bayi yang baru lahir* harus dibayar sesuai dengan bagian 11.
- 9.1.2 Manfaat perlindungan pada anak *Anda* akan cocok dengan manfaat yang diberikan kepada orang tua anak pada hari pertama periode dua belas bulan sebelum kelahiran anak, tidak termasuk manfaat pilihan, pengobatan dan perawatan *disabilitas neonatal* dan *kondisi bawaan lahir*. Perlindungan terhadap *disabilitas neonatal* akan dibatasi dan tercantum pada batas-batas manfaat neonatal yang tertera pada *tabel manfaat*.
- 9.2 seorang anak yang tidak memenuhi kriteria di *ayat* 9.1 harus mengisi daftar pertanyaan medis, termasuk anak:
- 9.2.1 yang orang tuanya tidak tercakup dalam polis selama 366 hari berturut-turut;
- 9.2.2 *Kami* belum menerima Formulir Penambahan Bayi Baru Lahir dalam 28 hari setelah kelahiran
- 9.2.3 Anak yang diadopsi oleh orangtua yang *kami* tanggung dalam kontrak ini; atau
- 9.2.4 Kelahiran dengan *konsepsi buatan*.
- 9.3 Proses underwriting *kami* akan berlaku untuk tambahan berdasarkan ayat 9.2, dan *kami* dapat menolak untuk menyediakan pertanggungjawaban atau mungkin menawarkan pertanggungjawaban dengan ketentuan yang *kami* butuhkan. perlindungan harus sama dengan perlindungan yang diberikan kepada orang tua tidak termasuk Manfaat Bersalin atau Manfaat Gigi dan / atau Optik.

## 10 PEMBATALAN

- 10.1 minimum *periode asuransi* adalah 12 bulan. Jika polis ini dibatalkan di pertengahan periode pertanggungjawaban, maka tidak ada pengembalian premi kecuali sebagaimana dinyatakan dalam ayat 10.2 dan 10.3
- 10.2 Kedua belah pihak dapat mengajukan pembatalan polis ini dengan alasan apa pun, selama kurun waktu 14 hari kalender pemberitahuan pembatalan diberikan dari masing-masing pihak kepada pihak lain secara tertulis. Pengembalian premi akan dihitung secara prorata.
- 10.3 pembatalan polis ini tidak dapat dilakukan oleh tertanggung apabila terjadi klaim sebelum permintaan pembatalan.

## 11 PEMBAYARAN PREMI

- 11.1 Pembayaran tahunan – pembayaran sebelum jaminan Asuransi
- 11.1.1 Terlepas dari apa pun yang terkandung di sini, namun tunduk pada ayat 11.1.2 perjanjian ini, dengan ini disepakati dan dinyatakan bahwa setiap premi yang harus dibayarkan dan benar-benar harus diterima sepenuhnya oleh kami dalam waktu 30 hari sejak:
- a. tanggal dimulai pertanggungjawaban berdasarkan polis, perpanjangan sertifikat, cover note; atau
- b. tanggal efektif setiap kesepakatan tambahan, jika ada, yang dikeluarkan berdasarkan polis, sertifikat perpanjangan atau cover note.
- 11.1.2 Dalam hal total premi yang jatuh tempo tidak dibayarkan dan benar-benar diterima sepenuhnya oleh *kami* pada atau sebelum tanggal awal yang disebutkan di atas, maka polis, sertifikat perpanjangan, nota perlindungan, dan kesepakatan tambahan tidak akan dilampirkan dan tidak ada manfaat apa pun yang akan dibayarkan oleh perusahaan. Pembayaran apa pun yang diterima sesudahnya tidak akan berpengaruh apa pun karena sampel tidak pernah dilampirkan pada polis, sertifikat perpanjangan, nota perlindungan, dan kesepakatan tambahan.
- 11.2 Jaminan Pembayaran Premium(Angsuran)
- 11.2.1 terlepas dari apa pun yang tercantum di sini namun tunduk pada klausul 11.2.2 Perjanjian ini, dengan ini disepakati dan dinyatakan bahwa premi angsuran harus dibayar dan benar-benar diterima secara penuh oleh *kami* pada atau sebelum tanggal jatuh tempo yang ditunjukkan dalam polis, perpanjangan sertifikat, nota perlindungan, atau kesepakatan tambahan. Agar polis tersebut efektif, angsuran triwulanan atau semi-tahunan pertama harus dibayar dan sepenuhnya diterima oleh *kami*.
- 11.2.2 dalam hal salah satu premi angsuran tidak dibayar dan benar-benar diterima secara penuh oleh *kami* pada atau sebelum tanggal awal atau tanggal jatuh tempo sebagaimana dimaksud di atas, maka polis, sertifikat perpanjangan, nota perlindungan dan kesepakatan tambahan tidak akan melampirkan dan tidak ada manfaat apapun yang harus dibayar oleh perusahaan. Setiap pembayaran yang diterima setelahnya tidak akan berpengaruh apa pun sebagai perlindungan tidak pernah melekat pada polis, perpanjangan sertifikat, nota perlindungan dan kesepakatan tambahan.
- 11.2.3 jika salah satu dari angsuran tidak dibayar, *kami* berhak untuk meminta klaim yang sudah dibayarkan sesuai ayat 19.
- 11.3 Pelanggaran jaminan premium adalah suatu kondisi yang mendahului bahwa polis asuransi ini dikeluarkan atas dasar bahwa tertanggung tidak pernah memiliki asuransi (untuk risiko yang dipertanggungjawabkan) dibatalkan karena semata-mata atau sebagian dari pelanggaran jaminan pembayaran premi sesuai dengan ayat 11 dalam dua belas (12) bulan terakhir.
- 11.4 pembayaran premi dianggap diterima ketika pembayaran tunai diterima, atau pembayaran premi dicatat di rekening bank *kami* atau rekening bank penanggung.
- 11.5 *kami* berhak untuk menentukan mata uang pembayaran premi atau klaim (dolar Amerika Serikat (dolar AS) atau Rupiah Indonesia).
- 11.6 dalam hal premi dan/atau klaim diatur dalam mata uang lain tetapi pembayaran dilakukan dalam Rupiah, pembayaran dilakukan dengan menggunakan kurs tengah Bank Indonesia pada saat pembayaran.

## 12 OWNERSHIP AND SUCCESSOR INSURED

- 12.1 *Expenses* will be paid to *you* or *your* legal representatives, whose receipt will discharge *our* liability for those expenses. *We* may, in *our* absolute discretion, pay *expenses* to a provider of services, unless *you* or *your* legal representative have instructed *us* in writing not to and *we* have not agreed to pay *expenses* to the provider prior to receiving such instruction.
- 12.2 If the *policyholder* should die during the *period of insurance* then (in the following order of priority), *your* surviving spouse or, if *you* leave no surviving spouse, the eldest *insured person* then covered by the policy (or their legal guardian, if a minor) will automatically become the *policyholder*.
- 12.3 Unless an endorsement states otherwise, *we* shall treat the *policyholder* as the absolute owner of this policy and *we* are not bound to recognise any other claim to, or interest in, this policy.

## 13 IN THE EVENT OF FRAUD OR NONDISCLOSURE

- 13.1 *We* may cancel *your* policy from inception and retain the premium if:
- 13.1.1 *you* provided false information to *us*, or failed to disclose information to *us*, in connection with *your* application or any application for addition of an *insured person*, upgrade, or reinstatement, and the misrepresentation or nondisclosure was fraudulent; or
- 13.1.2 any claim is in any respect fraudulent or if fraudulent means or devices are used by *you* or an *insured person* or anyone acting on *your* or an *insured person's* behalf to obtain benefits under this policy.
- 13.2 *We* reserve the right to re-underwrite *your* application if any claim is related to *pre-existing conditions* which were not stated in the application form.
- 13.3 If this policy is cancelled due to the event of fraud or nondisclosure after claims have been paid, or after *we* have provided a guarantee of payment to a provider of services, *we* reserve the right to cancel any amounts paid or guaranteed or claim the payment back from *you* according to section 19.

## 14 MATERIAL CHANGES

- 14.1 As a condition precedent to liability, *you* must inform *us* as soon as reasonably practicable of any change in *your* name, the country(ies) of which *you* hold a passport or citizenship, or *your usual country of residence*. If such notice is not given *we* will have no liability under this policy for *expenses* occurring after the date of such change.
- 14.2 *You* must inform *us* as soon as reasonably practicable of any change to *your* residential address or correspondence address. Until such notice is given *we* may continue to send correspondence to the last address given to *us* by *you*, and shall not bear any consequences if such correspondence is not received by *you*.

## 15 PROOF OF CLAIM AND COOPERATION

- 15.1 As a condition precedent to liability, all claims for reimbursement of expenses must include the following (the "required claim documents"):
- 15.1.1 bills and supporting documents showing the breakdown of *expenses* and the diagnosis of the condition treated;
- 15.1.2 evidence of payment by *you*, and
- 15.1.3 a claim form with all relevant sections completed.
- 15.2 All required claim documents must be received by *us* within 365 days from the date service was rendered or 45 days from the date policy terminated whichever is earlier. Where it is not reasonably possible to present the required claim documents to *us* within this period, they must be received by *us* within 365 days from the date *you* incurred the *expense*. If such document is not given based on the above timeframe, *we* will have no liability under this policy.
- 15.3 Claims can be submitted to *us*:
- 15.3.1 via the April Easy Claim smartphone app;
- 15.3.2 by email to [claims.indo@april.com](mailto:claims.indo@april.com) including copies of supporting documents; or
- 15.3.3 by mail to PT. Asuransi Artarindo Head Office, Hermina Tower Lt. 12, Jl. HBR Motik Blok B-10 Kav. 4, Gunung Sahari Selatan, Kemayoran, Jakarta Pusat 10610, attaching original documents.
- 15.3.4 by fax to (+62) 21-39711001 including copies of supporting documents
- 15.4 If *you* submit claims by email or via the April Easy Claim smartphone app, *you* must retain a copy of the original documents for a minimum period of 1 year from when *you* submit the claim and must send the original documents to *us* upon request or when required by *our* claim instructions.
- 15.5 *You* must fully cooperate with *us* and *our* appointed agents in connection with any claim. *Your* cooperation may include, but is not limited to, providing original documents upon request, or providing any consent *we* reasonably need to obtain information relevant to *your* claim from any source, including a *physician* or other medical provider, *hospital*, or an insurance company.
- 15.6 If *we* ask for cooperation, documents, information, or consent to obtain documents or information, it shall be a condition precedent to liability that *you* provide the requested cooperation, document, information, or consent in a timely manner.

## 12 KEPEMILIKAN DAN PENERUS TERTANGGUNG

- 12.1 *Biaya* akan dibayarkan kepada *Anda* atau perwakilan hukum *Anda*, yang tanda terimanya akan melepaskan tanggung jawab *kami* atas pengeluaran tersebut. *Kami* dapat, atas polis mutlak *kami*, membayar *biaya* kepada penyedia layanan, kecuali jika *Anda* atau perwakilan hukum *Anda* telah menginstruksikan *kami* untuk tidak melakukannya dan *kami* belum setuju untuk membayar *biaya* kepada penyedia sebelum menerima instruksi tersebut.
- 12.2 Jika *pemegang polis* meninggal dunia selama *masa asuransi* maka (dengan urutan prioritas berikut), pasangan hidup *Anda* atau, jika *Anda* tidak meninggalkan pasangan hidup, *orang yang diasuransikan* tertua kemudian ditanggung oleh polis (atau wali sah mereka, jika di bawah umur ) secara otomatis akan menjadi *pemegang polis*.
- 12.3 kecuali jika kesepakatan tambahan menyatakan sebaliknya, *kami* akan memperlakukan *pemegang polis* sebagai pemilik mutlak dari polis dan *kami* tidak terikat untuk mengakui klaim lain, atau kepentingan dalam, polis ini.

## 13 DALAM HAL PENIPUAN ATAU KERAHASIAAN

- 13.1 *kami* dapat membatalkan polis *Anda* dari awal dan mempertahankan premi jika:
- 13.1.1 *Anda* memberikan informasi palsu kepada *kami*, atau gagal mengungkapkan informasi kepada *kami*, sehubungan dengan aplikasi *Anda* atau aplikasi apa pun untuk penambahan *orang yang diasuransikan*, peningkatan, atau pemulihan, dan kekeliruan atau kerahasiaan itu menipu; Atau
- 13.1.2 setiap klaim dalam hal apapun curang atau jika penipuan berarti atau perangkat yang digunakan oleh *Anda* atau *orang yang diasuransikan* atau siapa pun yang bertindak atas nama *Anda* atau *Tertanggung* asuransi untuk mendapatkan manfaat berdasarkan polis ini.
- 13.2 *kami* berhak untuk menulis ulang aplikasi *Anda* jika ada klaim terkait dengan ketentuan yang sudah ada dan tidak dicantumkan dalam formulir aplikasi
- 13.3 jika polis ini dibatalkan karena terjadinya penipuan atau tidak jujur dalam pemberian data setelah klaim telah dibayar, atau setelah *kami* memberikan jaminan pembayaran kepada penyedia layanan, *kami* berhak untuk membatalkan jumlah yang dibayarkan atau dijamin atau mengklaim pembayaran kembali dari *Anda* menurut bagian 19.

## 14 PERUBAHAN MATERIAL

- 14.1 Sebagai persyaratan yang mendahului pertanggung jawaban, *Anda* harus memberi tahu *kami* secepat mungkin tentang perubahan nama *Anda*, negara tempat *Anda* memegang paspor atau kewarganegaraan, atau negara tempat tinggal *Anda* yang biasanya. Jika pemberitahuan tersebut tidak diberikan, *kami* tidak akan memiliki kewajiban berdasarkan polis ini untuk biaya yang terjadi setelah perubahan tersebut.
- 14.2 *Anda* harus menginformasikan kepada *kami* sesegera mungkin tentang dilakukannya perubahan alamat tempat tinggal atau alamat korespondensi *Anda*. Sampai pemberitahuan tersebut diberikan, *kami* dapat terus mengirimkan korespondensi ke alamat terakhir yang diberikan kepada *kami* oleh *Anda*, dan tidak akan menanggung konsekuensi jika korespondensi tersebut tidak diterima oleh *Anda*.

## 15 BUKTI KLAIM DAN KERJASAMA

- 15.1 Sebagai kondisi yang mendahului kewajiban, semua klaim penggantian *biaya* harus mencakup yang berikut ini (“dokumen klaim yang disyaratkan”):
  - 15.1.1 tagihan dan dokumen pendukung yang menunjukkan rincian *biaya-biaya* dan diagnosa kondisi yang ditangani
  - 15.1.2 bukti pembayaran oleh *Anda*, dan
  - 15.1.3 formulir klaim dengan semua bagian yang relevan selesai diisi.
- 15.2 Semua dokumen klaim yang diperlukan harus diterima oleh *kami* dalam waktu 365 hari sejak tanggal layanan diberikan atau 45 hari sejak tanggal berakhirnya polis mana pun yang lebih dulu. Apabila tidak mungkin secara wajar untuk menyerahkan dokumen klaim yang diperlukan kepada *kami* dalam periode ini, mereka harus diterima oleh *kami* dalam waktu 365 hari sejak tanggal *Anda* mengeluarkan *biaya*. Jika dokumen tersebut tidak diberikan berdasarkan jangka waktu di atas, *kami* tidak akan memiliki kewajiban berdasarkan polis ini.
- 15.3 Klaim dapat diajukan kepada *kami* :
  - 15.3.1 Melalui the April Easy Claim smartphone app atau ;
  - 15.3.2 Melalui alamat email [claims.indo@aprillife.com](mailto:claims.indo@aprillife.com) termasuk dokumen penunjang ,atau
  - 15.3.3 Melalui surat ke alamat PT. Asuransi Artarindo Head Office, Hermina Tower Lt. 12, Jl. HBR Motik Blok B-10 Kav. 4, Gunung Sahari Selatan, Kemayoran, Jakarta Pusat 10610 dengan melampirkan dokumen asli
  - 15.3.4 Melalui Fax (+62) 21-39711001 termasuk dokumen penunjang
- 15.4 Jika *Anda* mengirimkan klaim melalui email, faks, atau melalui aplikasi smartphone April Easy Claim, *Anda* harus menyimpan salinan dokumen asli untuk jangka waktu minimal 1 tahun sejak *Anda* mengajukan klaim dan harus mengirim dokumen asli kepada *kami* berdasarkan permintaan atau ketika diminta oleh instruksi klaim *kami*.
- 15.5 *Anda* harus sepenuhnya bekerja sama dengan *kami* dan agen yang ditunjuk *kami* sehubungan dengan klaim apa pun. Kerja sama *Anda* dapat mencakup, tetapi tidak terbatas pada, memberikan dokumen asli atas permintaan, atau memberikan persetujuan apa pun yang *kami* perlukan untuk mendapatkan informasi yang relevan dengan klaim *Anda* dari sumber apa pun, termasuk *dokter* atau penyedia medis lain, *rumah sakit*, atau perusahaan asuransi.
- 15.6 Jika *kami* meminta kerjasama, dokumen, informasi, atau persetujuan untuk mendapatkan dokumen atau informasi, itu akan menjadi kondisi yang mendahului tanggung jawab bahwa *Anda* memberikan kerjasama, dokumen, informasi, atau persetujuan yang diminta pada waktu yang tepat.



## 16 PROCESS TO OBTAIN *PRE-AUTHORISATION*

- 16.1 The following services on the *benefits schedule* require *pre-authorization*:
- ▶ *hospital* benefits
  - ▶ *surgery* performed while a day-patient in a clinic or in a *physician's* office
  - ▶ *stem cell treatment*
  - ▶ *rehabilitation treatment*
- 16.2 Co-payment for *pre-authorization*:
- ▶ 0% co-payment for services pre-authorized by *us*
  - ▶ 20% co-payment for services not pre-authorized by *us*
- The co-payment for services that are not pre-authorized will not apply where *you* can show the service was *medically necessary* due to an *emergency* and *you* contacted *us* within 24 hours after admission or as soon as reasonably possible.
- 16.3 To obtain *pre-authorization*, *you* must submit *your* request at least 5 working days in advance before admission or treatment.
- 16.4 Upon receiving *your* request *we* will review the *medical necessity* and appropriateness of the requested service and within five working days will notify *you* of *our* decision to:
- ▶ grant pre-approval
  - ▶ deny pre-approval / Request further information
- 16.5 Pre-approval may be partly given and partly denied. If within the five days *pre-authorization* is not given or denied, or additional information requested, then such service will not be subject to the co-payment applicable to services for which *pre-authorization* was not maintained.
- 16.6 If *we* request further information *you* are required to provide any additional information *we* may require. Sections 15.5 and 15.6 of this policy apply.
- 16.7 *Pre-authorization* is not a guarantee of benefits or eligibility and all services are subject to benefit limitations and other policy terms. *Pre-authorization* may be revised or withdrawn if *we* determine later that the service is not covered or is not *medically necessary*. If *pre-authorization* is given for a particular service, that *pre-authorization* applies only to that service and further *pre-authorization* must be obtained for other services even if related to the same *disability*.
- 16.8 If an extension of the length of stay is necessary, *you* must contact *us* before the pre-approved length of stay finishes. If *you* fail to do so any services rendered after the end of the planned admission period will be subject to the co-payment for services for which *pre-authorization* was not obtained.
- 16.9 If *pre-authorization* is denied *you* may appeal the decision, and *we* will make a further determination or request additional information within five days of receiving *your* appeal. Only one appeal is permitted per service.

## 17 RIGHT TO EXAMINE AN *INSURED PERSON*

- 17.1 *We* are entitled to require an *insured person* to undergo a medical examination at *our expense* by a *physician* of *our* choosing. If an *insured person* dies, *we* are entitled to require a post-mortem examination at *our expense* unless forbidden by law.

## 18 CLAIMS AGAINST THIRD PARTIES OR OTHER INSURANCE

- 18.1 If another medical or *accident* insurance covers *you* for *expenses* relating to a *disability* also covered by this policy, *we* will only be liable for the excess of the amount recoverable from such other source or insurance if *you* choose to claim such source or insurance first.
- 18.2 If another person or entity may have liability for *your expenses*, including but not limited to a third party who is responsible for an *injury*, *you* must take all steps necessary to secure reimbursement from that other person or entity.
- 18.3 *You* must not negotiate, settle, compromise, release or otherwise discharge any claim *you* may have against any third party who may have liability relating to *your expenses* without *our* prior written agreement. Failure to obtain *our* prior written agreement will result in *us* having no liability under this policy for *expenses* which might have been recoverable from that third party.
- 18.4 In the event of any payment under this policy, *we* shall be subrogated to *your* or any *insured person's* rights of recovery against any other person or entity. *We* may take proceedings in *your* name, but at *our expense*, to recover any amount *we* pay under this policy. Neither *you* nor any *insured person* shall do anything likely to prejudice such recovery, and instead shall take all reasonable steps to assist *us* in obtaining such recovery.

## 19 RIGHT OF RECOVERY

- 19.1 If *we* pay, guarantee, or authorize payment of, *expenses*, or if *you* obtain treatment through *our* direct billing network, and *we* later determine that *you* were not entitled to that payment for any reason, *we* reserve the right to claim the payment back from *you*.
- 19.2 If *you* have not paid the premiums as per section 11, *we* may deduct amounts from any claims or any sum then due or which at anytime thereafter may become due to *you* under this policy, until the said outstanding have been fully satisfied. Exercise by *us* of our rights here shall be without prejudice to any other rights or remedies available to *us* under this policy, or otherwise howsoever, at law or in equity.

## 20 GOVERNING LAW AND JURISDICTION

- 20.1 This contract is governed by, and is to be interpreted according to, the laws of Indonesia.
- 20.2 This wording has been in compliance and supervised by an Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

## 21 SANCTIONS AND COMPLIANCE WITH LAWS

- 21.1 This insurance does not apply to the extent that trade or economic sanctions or other similar laws or regulations prohibit the coverage provided by this insurance.

## 16 PROSES MENDAPATKAN PRAOTORISASI

- 16.1 The Layanan berikut pada *tabel manfaat* memerlukan *pra-otorisasi*:
- ▶ manfaat *rumah sakit*
  - ▶ *pembedahan* dilakukan saat pasien *rawat inap* di klinik atau di kantor *dokter*
  - ▶ *perawatan Stem Cell*
  - ▶ *perawatan rehabilitasi*
- 16.2 Pembayaran bersama untuk praotorisasi:
- ▶ pembayaran bersama sebesar 0% untuk layanan yang telah diotorisasi oleh *kami*
  - ▶ 20% Co-pembayaran untuk layanan tidak *pra-otorisasi* oleh *kami*, Pembayaran bersama untuk layanan yang tidak *dipra-otorisasi* tidak akan berlaku di mana *Anda* dapat menunjukkan layanan itu diperlukan secara medis karena keadaan *darurat* dan *Anda* menghubungi *kami* dalam waktu 24 jam setelah masuk atau sesegera mungkin.

16.3 untuk mendapatkan *pra-otorisasi*, *Anda* harus mengirimkan permintaan *Anda* setidaknya 5 hari kerja di sebelum masuk *Rumah sakit* atau tanggal perawatan.

16.4 Setelah menerima permintaan *Anda*, *kami* akan meninjau *kebutuhan medis* dan kesesuaian layanan yang diminta dan dalam waktu lima hari kerja akan memberi tahu *Anda* tentang keputusan *kami* untuk:

    - ▶ menyetujui pra-persetujuan
    - ▶ menolak prapersetujuan/ permintaan informasi lebih lanjut

16.5 pra-persetujuan mungkin sebagian diberikan dan sebagian ditolak. Jika dalam kurun waktu lima hari *pra-otorisasi* tidak diberikan atau ditolak, atau informasi tambahan yang diminta, maka layanan tersebut tidak akan tunduk pada pembayaran bersama yang berlaku untuk layanan *pra-otorisasi* yang tidak dipertahankan.

16.6 jika *kami* meminta informasi lebih lanjut, *Anda* diminta untuk memberikan informasi tambahan yang mungkin *kami* perlukan. ayat 15.5 dan 15.6 polis ini berlaku.

16.7 *pra-otorisasi* tidak menjamin manfaat atau kelayakan dan semua layanan tunduk pada batasan manfaat dan persyaratan Polis lainnya. *Pra-otorisasi* dapat direvisi atau ditarik jika *kami* menentukan kemudian bahwa layanan tidak tercakup atau tidak diperlukan secara medis. Jika praotorisasi diberikan untuk layanan tertentu, *pra-otorisasi* tersebut hanya berlaku untuk layanan tersebut dan *pra-otorisasi* lebih lanjut harus diperoleh untuk layanan lainnya bahkan jika terkait dengan ke *Ketidakkampungan* yang sama.

16.8 Jika perpanjangan lama masa tinggal diperlukan, *Anda* harus menghubungi *kami* sebelum masa tinggal yang telah disetujui sebelumnya selesai. Jika *Anda* gagal untuk melakukannya, Layanan apa pun yang diberikan setelah berakhirnya masa pentabelan yang direncanakan akan dikenai pembayaran bersama untuk layanan yang *pra-otorisasi* tidak didapatkan.

16.9 jika *pra-otorisasi* ditolak, *Anda* dapat mengajukan banding atas keputusan tersebut, dan *kami* akan membuat penentuan lebih lanjut atau meminta informasi tambahan dalam waktu lima hari setelah menerima banding *Anda*. Hanya satu banding yang diizinkan per layanan.

## 17 HAK UNTUK MEMERIKSA TERTANGGUNG ASURANSI

- 17.1 *Kami* berhak meminta *Tertanggung* asuransi untuk menjalani pemeriksaan kesehatan dengan *biaya kami* oleh *dokter* yang *kami* pilih. Jika *Tertanggung* asuransi meninggal dunia, *kami* berhak untuk melakukan pemeriksaan paska-mortem dengan *biaya kami* kecuali dilarang oleh hukum.

## 18 KLAIM TERHADAP PIHAK KETIGA ATAU ASURANSI LAINNYA

- 18.1 Jika Asuransi medis atau kecelakaan lain mencakup *Anda* untuk *biaya* yang berkaitan dengan *Ketidakkampungan* yang juga tercakup dalam polis ini, *kami* hanya akan bertanggung jawab atas kelebihan jumlah yang dapat dipulihkan dari sumber atau asuransi lain tersebut jika *Anda* memilih untuk mengklaim sumber tersebut atau asuransi pertama.
- 18.2 Jika orang atau badan lain mungkin memiliki tanggung jawab atas pengeluaran *Anda*, termasuk namun tidak terbatas pada pihak ketiga yang bertanggung jawab atas cedera, *Anda* harus mengambil semua langkah yang diperlukan untuk menjamin penggantian dari orang atau entitas lain tersebut.
- 18.3 *Anda* tidak boleh bernegosiasi, menyelesaikan, berkompromi, melepaskan atau melepaskan klaim apa pun yang mungkin *Anda* miliki terhadap pihak ketiga mana pun yang mungkin memiliki tanggung jawab terkait dengan pengeluaran *Anda* tanpa perjanjian tertulis sebelumnya dari *kami*. Kegagalan untuk mendapatkan perjanjian tertulis *kami* sebelumnya akan mengakibatkan *kami* tidak memiliki kewajiban berdasarkan polis ini untuk *biaya* yang mungkin dapat dipulihkan dari pihak ketiga tersebut.
- 18.4 dalam hal terjadi pembayaran berdasarkan polis ini, *kami* akan bertanggung jawab atas hak pemulihan terhadap orang atau entitas lain milik *Anda* atau *Tertanggung*. *Kami* dapat mengambil proses dalam nama *Anda*, tetapi dengan *biaya kami*, untuk memulihkan jumlah yang *kami* bayarkan berdasarkan polis ini. Baik *Anda* maupun orang yang diasuransikan akan melakukan sesuatu yang cenderung merugikan pemulihan tersebut, dan sebaliknya harus mengambil semua langkah yang wajar untuk membantu *kami* dalam memperoleh pemulihan tersebut.

## 19 HAK PEMULIHAN

- 19.1 Jika *kami* membayar, menjamin, atau mengesahkan pembayaran, pengeluaran, atau jika *Anda* mendapatkan perawatan melalui jaringan penagihan langsung *kami*, dan *kami* kemudian menentukan bahwa *Anda* tidak berhak atas pembayaran itu dengan alasan apa pun, *kami* berhak untuk mengklaim pembayaran kembali dari kamu.
- 19.2 Jika *Anda* belum membayar premi sesuai ayat 11, *kami* dapat mengurangi jumlah dari klaim atau jumlah apa pun yang jatuh tempo atau yang kapan saja sesudahnya dapat menjadi karena *Anda* berdasarkan polis ini, sampai saldo terutang telah dipenuhi sepenuhnya. Menjalankan hak-hak *kami* di sini akan tanpa mengurangi hak atau solusi lain yang tersedia bagi *kami* berdasarkan polis ini, atau dengan cara apa pun, secara hukum atau ekuitas.

## 20 ATURAN HUKUM DAN YURISDIKSI

- 20.1 Kontrak ini diatur dan ditafsirkan berdasarkan hukum yang berlaku di Indonesia.
- 20.2 Perjanjian ini telah sesuai dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

## 21 SANKSI DAN KEPATUHAN HUKUM

- 21.1 Asuransi ini tidak berlaku apabila sangsi ekonomi atau perdagangan atau peraturan serupa lainnya melarang pertanggunganan yang diberikan oleh asuransi ini

## 22 ARBITRATION AND TIME LIMITS

- 22.1 **You agree that:**
- 22.1.1 Any dispute or difference arising out of, or in connection with this contract, shall be settled amicably within 60 (sixty) calendar days from when the dispute arose. The dispute is deemed to arise at the earliest time the Insured or the Insurer has expressed in writing his disagreement (the "written notification") on the subject matter of the dispute.
- 22.1.2 If the dispute could not be settled amicably, the Insurer shall give the option to the insured to select one of the following dispute clauses :
- ▶ 22.1.2.1. Indonesian Insurance Mediation Board  
It is hereby declared and agreed that the Insured and the Insurer shall settle the dispute through Indonesian Insurance Mediation Board (BMAI) subject to the terms and conditions applied by BMAI. If the parties are unable to resolve the dispute through mediation within 60 (sixty) days after the matter has been referred to BMAI, the mediation shall end and the Insured shall select another method of dispute resolution from the clauses provided in 22.1.2.2 or 22.1.2.3.
  - ▶ 22.1.2.2. Arbitration  
It is hereby declared and agreed that the Insured and the Insurer shall settle the disputes through Arbitration Ad Hoc as follows:
    - ▶ 22.1.2.2.1 The Arbitration Panel consist of 3 (three) Arbitrators. The Insured and the Insurer shall each appoint one Arbitrator within 30(thirty) calendar days from the date of the receipt of the written notification, then the two Arbitrators shall choose and appoint the third Arbitrator within 14 (fourteen) calendar days from the date of appointment of the second arbitrator. The third arbitrator shall act as umpire of the Arbitration Panel.
    - ▶ 22.1.2.2.2 Should there be any failure as to the appointment of the third arbitrator; the Insured or the Insurer could request the chairman of the Court (Ketua Pengadilan Negeri) where the defendant is domiciled to appoint the Umpire.
    - ▶ 22.1.2.2.3 The examination of the dispute shall be settled within 180 (one hundred and eighty) calendar days from the date of the formation of the Arbitration panel. The period of examination of the case could be extended. Upon the agreement of both parties or if deemed necessary by the Arbitration Panel, the period of examination of the dispute could be extended.
    - ▶ 22.1.2.2.4 The Arbitration award is final and enforceable at law and binding on the Insured and the Insurer. Should the Insured or the Insurer fails to comply with the arbitration award, then the award shall be executed under the order of the Chairman of the Court (Ketua Pengadilan Negeri) where the defendant is domiciled at the request of the either party in dispute.
    - ▶ 22.1.2.2.5 Other matters which are not provided under this clause shall be subject to the provisions of the law on the arbitration, which currently be the Act of the Republic of Indonesia Nr 30 of 1999 dated August 12, 1999 regarding Arbitration and Alternative Dispute Resolution.
  - ▶ 22.1.2.3. The Court  
It is hereby declared and agreed that the Insured and Insurer shall settle the dispute through the Court within the territory of the Republic of Indonesia.

## 23 EXCLUSIONS

This policy does not cover:

- 23.1 **Pre-existing conditions** and any related, associated or consequential **disabilities** which were not disclosed to **us** before the **period of insurance** and which **we** have not agreed in writing to cover under this policy. This exclusion applies only to fully underwritten policies
- 23.2 Any pre-existing or related medical condition which occurred or was treated within a 24 month period prior to **your effective date** or has one of the following characteristics will be excluded from cover:
- ▶ was foreseeable
  - ▶ clearly showed itself
  - ▶ **you** have had signs or symptoms or **you** were aware of the condition
  - ▶ **you** have received treatment for or sought medical advice on the condition or a related condition (including **medical check-ups**)
  - ▶ to the best of **your** knowledge **you** were aware **you** had
  - ▶ requires monitoring according to generally accepted medical advice or opinion
- Any pre-existing medical condition or related medical condition may be covered after **you** have had 24 months' continuous cover under the plan and within that time **you** have not experienced signs or symptoms; asked for advice (including medical checkups); or needed or received treatment, medication, monitoring, or a special diet.
- If within a 24-month period following **your effective date**, in relation to a pre-existing condition **you** have experienced signs or symptoms; asked for advice (including **medical checkups**); or needed or received treatment, medication, monitoring or a special diet; then **you** will have to wait until **you** have completed a continuous 24-month period when none of these apply to **you**. Such pre-existing medical conditions or related medical conditions may then be covered.
- This exclusion applies only to **moratorium** policies.
- 23.3 Treatment, care or a test which is not **medically necessary**.
- 23.4 Services which have not been prescribed by **your** attending **physician** unless otherwise stated on the **benefits schedule**.
- 23.5 Treatment which is covered by insurance or a source of indemnity other than this policy.
- 23.6 Services by a **dentist**, other than services claimed under Dental Benefits where specifically provided on the **benefits schedule**.
- 23.7 Emergency **Dental Treatment** related directly or indirectly to biting, chewing or teeth grinding.
- 23.8 **Reconstructive surgery** except when required as a direct result of a **disability** covered under this policy.
- 23.9 **External prosthesis** except when required as a direct result of a **disability** first occurring during a **period of insurance**.

## 22 ARBITRASE DAN BATAS WAKTU

- 22.1 **Anda** menyetujui bahwa :
- 22.1.1 Apabila timbul perselisihan atau perbedaan berhubungan dengan kontrak ini maka perselisihan tersebut akan diselesaikan dalam waktu paling lama 60 (enam puluh) hari kalender sejak timbulnya perselisihan. Perselisihan dianggap timbul ketika Tertanggung atau Penanggung menyatakan secara tertulis ketidaksepakatan (“pemberitahuan tertulis”) atas hal yang diperselisihkan.
- 22.1.2 Apabila perselisihan tidak dapat diselesaikan melalui perdamaian, maka Penanggung akan memberikan pilihan kepada Tertanggung untuk memilih salah satu klausul sengketa berikut:
- ▶ 22.1.2.1. Badan Badan Mediasi Asuransi Indonesia  
Dengan ini menyatakan dan setuju bahwa Tertanggung dan Penanggung akan menyelesaikan perselisihan melalui Badan Mediasi Asuransi Indonesia (BMAI) tunduk pada syarat dan ketentuan yang diterapkan oleh BMAI. Jika para pihak tidak dapat menyelesaikan perselisihan melalui mediasi dalam waktu 60 hari setelah masalah ini telah disebut BMAI, mediasi akan berakhir dan tertanggung harus memilih metode lain penyelesaian perselisihan dari klausul yang diberikan dalam 22.1.2.2 or 22.1.2.3.
  - ▶ 22.1.2.2. Arbitrasi  
Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan penyelesaian perselisihan melalui Majelis Arbitrase Ad Hoc sebagai berikut :
    - ▶ 22.1.2.2.1 Majelis Arbitrase terdiri dari 3 (tiga) orang Arbiter. Tertanggung dan Penanggung masing-masing menunjuk seorang Arbiter dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender setelah tanggal diterimanya pemberitahuan, kemudian kedua Arbiter tersebut memilih dan menunjuk Arbiter ketiga dalam waktu 14 (empat belas) hari kalender setelah tanggal penunjukan arbiter kedua. Arbiter ketiga menjadi hakim Majelis Arbitrase.
    - ▶ 22.1.2.2.2 Dalam hal terjadi ketidaksepakatan dalam penunjukan Arbiter ketiga, Tertanggung atau Penanggung dapat mengajukan permohonan kepada Ketua Pengadilan Negeri di area dimana pihak yang tergugat berdomisili untuk menunjuk hakim.
    - ▶ 22.1.2.2.3 Pemeriksaan atas peselisihan harus diselesaikan dalam waktu 180 (seratus delapan puluh) hari kalender sejak Majelis Arbitrase terbentuk. Periode pemeriksaan kasus dapat diperpanjang. Dengan persetujuan para pihak atau apabila dianggap perlu oleh. Majelis Arbitrase, jangka waktu pemeriksaan peselisihan dapat diperpanjang.
    - ▶ 22.1.2.2.4 Putusan Arbitrase bersifat final dan mempunyai kekuatan hukum tetap serta mengikat Tertanggung dan Penanggung. Dalam hal Tertanggung atau Penanggung tidak melaksanakan putusan Arbitrase, maka putusan dilaksanakan berdasarkan perintah Ketua Pengadilan Negeri yang berwenang atas permohonan salah satu pihak yang berselisih.
    - ▶ 22.1.2.2.5 Untuk hal-hal yang belum diatur dalam Ayat ini berlaku ketentuan yang diatur dalam undang-undang arbitrase, yaitu Undang-Undang Republik Indonesia No. 30 Tahun 1999 tanggal 12 Agustus 1999 tentang Arbitrase dan Penyelesaian Sengketa Alternatif.
  - ▶ 22.1.2.3. Pengadilan  
Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa Tertanggung dan Penanggung akan melakukan penyelesaian perselisihan melalui Pengadilan Negeri di wilayah Republik Indonesia.

## 23 EXCLUSIONS

Polis ini tidak menjamin:

- 23.1 **Kondisi yang sudah ada** sebelumnya dan segala kecacatan terkait, terkait atau konsekuensial yang tidak diungkapkan kepada **kami** sebelum **periode asuransi** dan yang **kami** belum sepakat secara tertulis untuk membahas berdasarkan polis ini. Pengecualian ini hanya berlaku untuk jenis polis full medical underwriting (FMU).
- 23.2 kondisi medis apa pun yang sudah ada atau terkait yang terjadi atau dirawat dalam jangka waktu 24 bulan sebelum **tanggal efektif Anda** atau memiliki salah satu karakteristik berikut akan dikecualikan dari pertanggungan:
- ▶ Sudah bisa diduga
  - ▶ Jelas menunjukkan dirinya
  - ▶ **Anda** memiliki tanda atau gejala atau **Anda** mengetahui kondisinya
  - ▶ **Anda** telah menerima perawatan untuk atau mencari nasihat medis tentang kondisi atau kondisi terkait (termasuk pemeriksaan kesehatan)
  - ▶ Sejauh pengetahuan **Anda**, **Anda** sadar **Anda** miliki kondisi tersebut
  - ▶ Memerlukan pemantauan sesuai dengan saran atau pendapat medis yang diterima secara umum
- Setiap kondisi medis yang sudah ada atau kondisi medis terkait dapat ditutupi setelah **Anda** memiliki perlindungan terus-menerus 24 bulan dalam rencana dan dalam waktu itu **Anda** belum mengalami tanda atau gejala; meminta saran (termasuk **pemeriksaan medis**); atau diperlukan atau menerima perawatan, pengobatan, pemantauan, atau diet khusus.
- Jika dalam periode 24 bulan setelah **tanggal efektif Anda**, dalam kaitannya dengan **kondisi yang sudah ada Anda** telah mengalami tanda atau gejala; meminta saran (termasuk **pemeriksaan medis**); atau diperlukan atau menerima perawatan, pengobatan, pemantauan atau diet khusus; maka **Anda** akan harus menunggu sampai **Anda** telah menyelesaikan periode 24- bulan terus-menerus ketika tidak satupun dari ini berlaku untuk **Anda**. Kondisi medis yang sudah ada sebelumnya atau kondisi medis yang terkait, kemudian dapat ditutupi .
- Pengecualian ini hanya berlaku untuk polis **moratorium**.
- 23.3 Pengobatan, perawatan, atau tes yang tidak diperlukan secara medis
- 23.4 pengobatan yang belum diresepkan oleh **dokter** yang merawat kecuali dinyatakan lain pada **tabel manfaat**.
- 23.5 yang dijamin oleh asuransi atau sumber ganti rugi (tertagih atau sebaliknya) selain dari kontrak ini.
- 23.6 Services oleh **dokter gigi**, Selain layanan yang diklaim di bawah manfaat gigi di mana secara khusus diberikan pada **tabel manfaat**.
- 23.7 Rawat gigi **darurat** yang secara langsung maupun tidak langsung berhubungan dengan gigitan, kunyahan atau kertak gigi.
- 23.8 **bedah rekonstruktif** kecuali jika diperlukan sebagai akibat langsung dari **Ketidakmampuan** yang tercakup dalam polis ini.
- 23.9 prosthesis eksternal kecuali bila diperlukan sebagai akibat langsung dari **Ketidakmampuan** pertama yang terjadi selama **periode Asuransi**

- 23.10 Treatment, care or tests directly or indirectly related to:
- 23.10.1 **Major assisted conception**, contraception, sterilisation, fertility or infertility, prior history of miscarriages, hypogonadism or testosterone deficiency, sexual dysfunction, or abortion other than for therapeutic reasons;
- 23.10.2 **complications of pregnancy** following **major assisted conception**, other than services claimed under Maternity Benefits or Routine Outpatient Maternity where specifically provided on the **benefits schedule**;
- 23.10.3 All expenses associated with elective caesarian section prior to the 38th week of term;
- 23.10.4 **sexually transmitted disease**;
- 23.10.5 **congenital** and **hereditary conditions** other than services claimed under the **Congenital and Hereditary Conditions** benefit where specifically provided on the **benefits schedule**;
- 23.10.6 **cosmetic treatment**;
- 23.10.7 gender reassignment therapy and **surgery**;
- 23.10.8 Contact lenses, spectacle lenses, spectacle frames, sunglasses, eyesight tests for long or short sightedness other than services claimed under Optical Benefits where specifically provided for on the **benefits schedule**;
- 23.10.9 LASIK surgery;
- 23.10.10 **terminal illness**, other than as provided by the **hospice** or **palliative treatment** benefit as shown on your **benefits schedule**;
- 23.10.11 weight loss or weight management other than services provided by a dietician claimed under the **Complementary Medicine** Benefit or;
- 23.10.12 self-inflicted **injury**, suicide or attempted suicide;
- 23.10.13 abuse of alcohol, illegal drugs, or medicines not prescribed to the **insured person** by a **physician** or taken in excess of prescribed quantities;
- 23.10.14 sleep disorders; or **behavioural** or **developmental disorders** other than where specifically provided on the **benefits schedule** under the Outpatient Behavioural and Developmental Disorders benefit ; and
- 23.10.15 **injury** related to participation in professional sports on a full time or part time basis;
- 23.10.16 **disability** as a result of participation in mountaineering or trekking above 3,000 metres; caving or potholing; downhill off-piste skiing; motor sports on land; boating in vessels designed to travel at 30 knots or more; scuba diving; aviation activities other than as a fee-paying passenger; or deliberate exposure to exceptional danger except in an effort to save human life.
- 23.11 Purchase or rental of prostheses, corrective devices, or durable medical equipment other than **surgical implants**, **external prosthesis** or **medical appliances** shown on the **benefits schedule** as covered by this policy.
- 23.12 The cost of purchasing an organ for transplantation.
- 23.13 The following services, whether or not recommended or prescribed by a physician:
- 23.13.1 Experimental or unproven treatment;
- 23.13.2 Non-western or non-allopathic treatment except to the extent specifically stated in the **Complementary Medicine** and Traditional Chinese Medicine section of the **benefits schedule**;
- 23.13.3 Treatment involving transplant or harvesting of stem cells other than where specifically provided on the **benefits schedule** under the **Stem Cell Treatment** benefit;
- 23.13.4 Harvesting of stem cells for future, unplanned or unknown treatments
- 23.13.5 Any service rendered while an **insured person** is an inmate of a prison, jail or any correctional facility including halfway houses or similar facilities, or while a patient of any mental institution;
- 23.13.6 House calls, delivery of medicine or other items, or any service rendered at a person's home, office, hotel room, or similar place other than services claimed under Maternity Benefits where specifically provided for on the **benefits schedule**;
- 23.13.7 Services or treatment while a bed patient at any facility that is not a **hospital**, including an institution such as an **intermediate care facility** or **nursing home**;
- 23.13.8 Vitamins nutritional supplements, chelation therapy, bioresonance therapy or diagnosis, or colonic hydrotherapy;
- 23.13.9 **custodial** or **maintenance care** or rest cures;
- 23.13.10 **Hospital** inpatient treatment for convalescence, rehabilitation, supervision or which in the opinion of our medical advisor, could be properly treated as an outpatient;
- 23.13.11 Outpatient treatment of **mental and nervous conditions** other than services claimed under the Outpatient **Mental and Nervous Conditions** benefit where specifically provided on the **benefits schedule**;
- 23.13.12 **Dental treatment** utilising precious stones (applicable only when Dental benefits are covered under the policy);
- 23.13.13 Orthodontic treatment that is commenced after the age of 16 (applicable only when Dental benefits are covered under the policy);
- 23.13.14 Services by a psychologist or counsellor other than where specifically provided on the benefits schedule under the **Mental and Nervous Conditions** Benefit.
- 23.14 **Disability** suffered while serving as a member of a police force or military unit of any country or international authority, or due to participation in **war** (whether declared or undeclared), civil **war**, invasion, insurrection, revolution, use of military power, usurpation of government or military power, or any known or suspected terrorist act, utilization of nuclear weapons, chemical or biological weapons of mass destruction or participation any illegal act.

- 23.10 Pengobatan, perawatan, atau tes yang berhubungan dengan:
- 23.10.1 Konsepsi buatan, kontrasepsi, sterilisasi, kesuburan atau infertilitas, sejarah keguguran sebelumnya, hipogonadisme atau defisiensi testosteron, disfungsi seksual, atau aborsi selain untuk alasan terapeutik;
- 23.10.2 **komplikasi kehamilan** setelah **konsepsi buatan**, Selain layanan diklaim di dalam manfaat bersalin atau bersalin rawat jalan rutin di mana secara khusus diberikan pada **tabel manfaat**;
- 23.10.3 semua **biaya** yang berhubungan dengan operasi Caesar elektif sebelum minggu ke-38;
- 23.10.4 penyakit kelamin;
- 23.10.5 kondisi bawaan dan penyakit turunan Selain layanan yang diklaim khusus terdapat pada **table manfaat** kondisi bawaan dan penyakit turunan;
- 23.10.6 **Perawatan kosmetik**;
- 23.10.7 terapi penggantian kelamin dan **pembedahan**;
- 23.10.8 Lensa kontak, lensa kacamata, bingkai kacamata, kacamata hitam, tes penglihatan untuk penglihatan yang panjang atau pendek selain layanan yang diklaim dalam Manfaat Optik di mana secara khusus disediakan untuk **tabel manfaat**;
- 23.10.9 LASIK (pengobatan mata)
- 23.10.10 Pengobatan untuk **penyakit terminal** selain yang dijamin dalam manfaat hospice atau Pengobatan Paliatif yang tercantum di dalam **tabel** manfaat.
- 23.10.11 penurunan berat badan atau manajemen berat badan selain dari layanan yang diberikan oleh ahli gizi yang diklaim berdasarkan Manfaat Pengobatan Pelengkap atau;
- 23.10.12 mencederai diri sendiri, bunuh diri atau percobaan bunuh diri;
- 23.10.13 penyalahgunaan alkohol, obat-obatan terlarang, atau obat-obatan yang tidak diresepkan oleh **dokter** yang merawat atau dikonsumsi melebihi jumlah yang ditentukan;
- 23.10.14 gangguan tidur; atau gangguan perkembangan perilaku selain yang secara khusus diberikan pada **tabel manfaat** di bawah manfaat perilaku rawat jalan dan gangguan perkembangan; Dan
- 23.10.15 **cedera** yang berkaitan dengan partisipasi dalam olahraga profesional secara penuh atau paruh waktu;
- 23.10.16 **Ketidakmampuan** sebagai akibat dari partisipasi dalam pendakian gunung atau trekking di atas 3.000 meter; caving atau potholing, ski off-pist downhill; olahraga motor di darat; berperahu dalam kapal yang dirancang untuk melakukan perjalanan dengan kecepatan 30 knot atau lebih; menyelam scuba; kegiatan penerbangan selain sebagai penumpang yang membayar biaya; atau paparan yang disengaja untuk bahaya luar biasa kecuali dalam upaya untuk menyelamatkan hidup manusia
- 23.11 pembelian atau Penyewaan prosthesis, perangkat korektif, atau peralatan medis tahan lama selain **implan bedah**, prosthesis eksternal atau peralatan medis yang ditampilkan pada **tabel manfaat** yang tercakup dalam polis ini
- 23.12 **biaya** pembelian organ untuk transplantasi.
- 23.13 Layanan berikut, yang direkomendasikan atau tidak direkomendasikan atau diresepkan oleh **dokter**:
- 23.13.1 Experimental atau perawatan yang belum terbukti;
- 23.13.2 Perawatan non-barat atau nonallopathic kecuali sejauh yang secara khusus dinyatakan dalam bagian Pengobatan Komplementer dan Pengobatan Tradisional Cina dari **tabel manfaat**;
- 23.13.3 Perawatan yang melibatkan transplantasi atau pemanenan sel induk selain di mana secara khusus diberikan pada **tabel manfaat** di bawah manfaat Stem Cell Treatment;
- 23.13.4 Pemanenan sel induk untuk perawatan masa depan, tidak direncanakan atau tidak diketahui
- 23.13.5 setiap layanan yang diberikan sementara **Tertanggung** asuransi adalah narapidana penjara, penjara atau fasilitas pemasyarakatan termasuk rumah di tengah atau sarana serupa, atau sementara pasien dari lembaga mental apa pun;
- 23.13.6 Panggilan rumah, pengiriman obat-obatan atau barang-barang lainnya, atau layanan apa pun yang diberikan di rumah seseorang, kantor, kamar hotel, atau tempat serupa selain layanan yang diklaim dalam Manfaat Bersalin di mana secara khusus disediakan untuk **tabel manfaat**;
- 23.13.7 Layanan atau perawatan sementara pasien tidur di fasilitas yang bukan **rumah sakit**, termasuk lembaga seperti fasilitas perawatan menengah atau panti jompo;
- 23.13.8 vitamins nutritional suplemen, Terapi Chelation, terapi bioresonance atau diagnosis, atau hidroterapi kolon;
- 23.13.9 penjaga atau perawatan pemeliharaan atau obat istirahat;
- 23.13.10 pengobatan **rawat inap rumah sakit** untuk pemulihan, rehabilitasi, pengawasan atau yang menurut pendapat penasihat medis **kami**, dapat diperlakukan dengan benar sebagai pasien rawat jalan;
- 23.13.11 Perawatan rawat jalan dari **kondisi mental dan saraf** selain dari layanan yang diklaim dalam Manfaat Kondisi Jiwa dan Saraf Rawat Jalan di mana secara khusus disediakan pada **tabel manfaat**;
- 23.13.12 Perawatan gigi dengan menggunakan batu mulia (hanya berlaku ketika tunjangan gigi dicakup dalam polis);
- 23.13.13 Perawatan ortodontik yang dimulai setelah usia 16 (hanya berlaku ketika manfaat gigi dicakup dalam polis);
- 23.13.14 Layanan oleh psikolog atau konselor selain dari yang secara khusus disediakan pada **tabel manfaat** di bawah Manfaat **Kondisi Mental dan Saraf**.
- 23.14 **Ketidakmampuan** yang diderita saat bertugas sebagai anggota dari kekuatan polisi atau unit militer dari negara atau otoritas internasional, atau karena partisipasi dalam **perang** (baik dinyatakan atau tidak dinyatakan), **perang** saudara, invasi, pemberontakan, revolusi, penggunaan kekuatan militer, reaksi kekuasaan pemerintah atau militer, atau **tindakan teroris** yang diketahui atau dicurigai, pemanfaatan senjata nuklir, senjata kimia atau biologis penghancuran massal atau partisipasi tindakan ilegal apapun.

- 23.15 **Disability** as a result of exposure:
- ▶ to ionising radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or from any nuclear waste from the combustion of nuclear fuel.
  - ▶ the radioactive, toxic, explosive or other hazardous or contaminating properties of any nuclear installation, reactor or other nuclear assembly or nuclear component thereof;
  - ▶ any weapon of war employing atomic or nuclear fission and/or fusion or other like reaction or radioactive force or matter.
- 23.16 Travel **expenses** incurred to obtain medical treatment other than in the course of an **emergency** medical evacuation **we** have approved in advance, or which has been approved by the **emergency assistance provider**.
- 23.17 Treatment outside **your** area of cover as stated on **your benefits schedule** except to the extent Out of Area Cover is provided for in **your benefits schedule**.
- 23.18 All **expenses**:
- 23.18.1 which are not **reasonable and customary**;
- 23.18.2 for medical certificates or administrative fees such as a charge for providing a claim form or medical records;
- 23.18.3 incurred outside the **period of insurance** or in any period for which the appropriate premium has not been paid;
- 23.18.4 incurred during the **period of insurance** for drugs and/or medical services consumed or provided once the **period of insurance** has ended; or
- 23.18.5 for services performed or items sold by **you, your** parents, **your** children, or any entity in which **you, your** parents, or **your** children either are an employee or director or have a greater than 1% ownership interest.

- 23.15 *Ketidakmampuan* sebagai akibat dari paparan:
- ▶ untuk mengionisasi radiasi atau kontaminasi oleh radioaktivitas dari bahan bakar nuklir atau dari limbah nuklir dari pembakaran bahan bakar nuklir.
  - ▶ sifat radioaktif, beracun, eksplosif atau berbahaya atau kontaminasi lainnya dari setiap instalasi nuklir, reaktor atau perakitan nuklir lainnya atau komponen nuklir daripadanya;
  - ▶ senjata *perang* menggunakan fisi Atom atau nuklir dan/atau fusi atau lain seperti reaksi atau kekuatan radioaktif atau materi.
- 23.16 *biaya* perjalanan yang dikeluarkan untuk mendapatkan perawatan medis selain dalam proses evakuasi medis *darurat* yang telah *kami* setuju sebelumnya, atau yang telah disetujui oleh penyedia bantuan *darurat*.
- 23.17 perawatan di luar area perlindungan *Anda* seperti yang tertera pada *tabel manfaat Anda* kecuali ada penambahan perlindungan area dan tercantum dalam *tabel manfaat Anda*.
- 23.18 Semua *Biaya-biaya*:
- 23.18.1 Yang tidak *wajar dan lazim*;
- 23.18.2 untuk sertifikat medis atau *biaya* administrasi seperti *biaya* untuk menyediakan formulir klaim atau catatan medis;
- 23.18.3 terjadi di luar *periode asuransi* atau selama *periode asuransi* dimana premi belum terbayarkan dengan sesuai;
- 23.18.4 terjadi selama jangka waktu asuransi untuk obat-obatan dan/atau jasa medis yang dikonsumsi atau diberikan setelah *periode asuransi* berakhir; Atau
- 23.18.5 untuk layanan yang dilakukan atau barang yang dijual oleh *Anda*, orang tua *Anda*, anak *Anda*, atau setiap entitas di mana *Anda*, orang tua *Anda*, atau anak *Anda*, baik karyawan atau Direktur atau memiliki kepentingan kepemilikan lebih dari 1% .



## DEFINITIONS

- A ACCIDENT OR ACCIDENTAL :** A sudden, unexpected and specific event, external to the body, which occurs at an identifiable time and place.
- A ACTIVE CANCER TREATMENT :** A course of treatment intended to affect the growth of the cancer by shrinking the cancer, stabilising it or slowing the spread of disease, and not given solely to relieve symptoms or to prevent a recurrence. It also includes the first consultation with the oncologist after the last treatment in the last planned course of *active cancer treatment*, and any associated *diagnostic scans and tests*.
- B BEHAVIOURAL OR DEVELOPMENTAL DISORDER :** A *disability* classified in categories F50 to F98 of the International Classification of Diseases 10th Revision (2010 version).
- B BENEFITS SCHEDULE :** The schedule(s) showing each of the benefits available under this policy and the limit available for those benefits.
- C CHRONIC CONDITION :** A disease, illness or injury that has one or more of the following characteristics:
- it needs ongoing or long-term monitoring through consultations, examinations, check-ups and/or tests; or
  - it needs ongoing or long-term control or relief of symptoms; or
  - you need to be rehabilitated or specially trained to cope with it; or
  - it continues indefinitely; or
  - it has no known cure; or
  - it comes back or is likely to come back.
- C CO-INSURANCE PERCENTAGE :** The share of expenses for which you are liable, shown on the *benefits schedule*.
- C COMPLICATIONS OF PREGNANCY :** Acute nephritis, nephrosis, cardiac decompensation, missed abortion, spontaneous abortion, missed miscarriage, ectopic pregnancy, puerperal infection, pre-eclampsia, eclampsia, toxemia, or hydatidiform mole. It also includes a condition whose diagnosis is distinct from pregnancy but is adversely affected or caused by pregnancy, and which requires *confinement* or *surgery* prior to the full term of pregnancy to avoid the threat of permanent damage to the life or health of the mother.
- C COMPLEMENTARY MEDICINE :** Therapeutic services rendered by one of the types of practitioner listed in the *Complementary Medicine* and *Traditional Chinese Medicine* section of the *benefits schedule*, other than someone related to you by blood, marriage or adoption, who is qualified by education and training and, if required or permitted to be licensed or registered by the laws of the place where service took place, is licensed or registered in that place, and who in performing such services is acting within the scope and training of that discipline.
- C CONFINEMENT :** A *medically necessary* overnight stay as a registered bed patient in a *hospital*.
- C CONGENITAL CONDITION :** Any condition classified as a congenital anomaly in the International Classification of Diseases 10th Revision (2010 version).
- C CONTINUOUS PERSONAL MEDICAL EXCLUSIONS :** Means that we apply the special underwriting terms of a *preceding policy*. Any *pre-existing condition* which would have been covered by the *preceding policy* shall continue to be covered under this Policy, but not to exceed the limits which would have been obtainable under the provisions of the *Preceding Policy* or the provisions of this Policy, whichever is lower.
- C COSMETIC TREATMENT :** Surgery, chemical treatment, or other procedures performed to reshape or modify structures of the body or physical appearance.
- C COUNTRY OF RESIDENCE :** The country in which the *policyholder* spends the greatest amount of time during the *period of insurance*.
- C CUSTODIAL OR MAINTENANCE CARE :** Care provided mainly:
- for personal needs, comfort or convenience for which specialised medical training or skills are not necessary; or
  - to maintain, rather than improve, a physical or mental function, or to provide a protected environment, including *physician*-prescribed bed rest.
- D DEDUCTIBLE :** An amount shown on the *benefits schedule* corresponding to a benefit available under this policy. We are entitled to deduct this amount from any payment of *expenses*.
- D DENTAL TREATMENT :** Evaluation, diagnosis, prevention, and surgical or non-surgical treatment of diseases, disorders and conditions of the oral cavity, maxillofacial area and the adjacent and associated structures.
- D DENTIST :** A properly qualified practitioner other than someone related to you by blood, marriage or adoption, who is licensed by the competent authorities of the country in which treatment is provided to render *dental treatment*, and who in rendering such treatment is practicing within the scope of his or her licensing and training.
- D DEPENDANT :** Your spouse under the law of your usual *country of residence* or your de facto partner. Each of your unmarried children, stepchildren or adopted children who are under nineteen (19) years of age for all or part of the *period of insurance* or, if a full-time student and primarily dependent on you for support and maintenance while a full-time student, under twenty-three (23) years of age for all or part of the *period of insurance*.
- D DIAGNOSTIC SCANS AND TESTS :** *Medically necessary* tests and procedures prescribed by an attending *physician* to investigate the cause and nature of symptoms of a *disability*. Limited to the following tests and scans unless otherwise stated on the *benefits schedule*: laboratory tests and pathology, CT scan, PET Scan, MRI, ultrasound, ECG, endoscopic exams (not including *invasive endoscopic examinations*), and x-ray.
- D DISABILITY :** An *illness* or *injury*, and any symptoms, sequelae, or complications thereof. In the case of *injury*, it means all *injuries* arising from the same event or series of contiguous events.
- E EFFECTIVE DATE :** The date specified on the *namelist* as the date on which the *period of insurance* in respect of any *insured person* commences under this policy.
- E EMERGENCY :** A sudden change in your health as a result of an *accident* or acute exacerbation of a *disability* which requires urgent medical or surgical intervention to avoid permanent damage to your life or health.

## DEFINISI

**KECELAKAAN** : Merupakan suatu kondisi yang tiba-tiba, tak terduga dan spesifik, dari luar tubuh, yang terjadi pada waktu dan tempat yang dapat diidentifikasi.

**PENGobatan Kanker Aktif** : Sebuah pengobatan dimaksudkan untuk mempengaruhi pertumbuhan kanker dengan mengecilkan kanker, menstabilkan atau memperlambat penyebaran penyakit, dan tidak diberikan semata-mata untuk meringankan gejala atau untuk mencegah kekambuhan. Ini juga termasuk konsultasi pertama dengan ahli onkologi setelah pengobatan terakhir dalam kursus yang direncanakan terakhir *pengobatan kanker aktif*, dan scan diagnostik yang terkait dan tes.

**GANGGUAN PERILAKU ATAU PENGEMBANGAN** : Kecacatan yang diklasifikasikan dalam kategori F50 hingga F98 dari International Classification of Diseases 10 Revisi (versi 2010).

**TABEL MANFAAT** : *Tabel* yang menunjukkan setiap manfaat yang tersedia berdasarkan polis ini dan batas yang tersedia untuk manfaat tersebut.

**KONDISI KRONIS** : penyakit, *penyakit*, atau *cedera* yang memiliki satu atau beberapa karakteristik berikut:

- memerlukan pemantauan jangka panjang yang berkelanjutan melalui konsultasi, pemeriksaan, pemeriksaan dan/atau tes; Atau
- perlu terus-menerus atau jangka panjang kontrol atau relief gejala; Atau
- Anda* perlu direhabilitasi atau dilatih secara khusus untuk mengatasinya; Atau
- berlanjut tanpa batas; Atau
- tidak diketahui obatnya Atau
- berulang atau ada kemungkinan berulang

**PERSENTASE CO-ASURANSI** : Bagian *biaya-biaya* yang menjadi tanggung jawab *Anda*, ditunjukkan pada *tabel manfaat*.

**KOMPLIKASI KEHAMILAN** : Acute nephritis, nephrosis, cardiac decompensation, missed abortion, spontaneous abortion, missed miscarriage, ectopic pregnancy, puerperal infection, pre-eclampsia, eclampsia, toxemia, or hydatidiform mole. Ini juga termasuk kondisi yang diagnosis berbeda dari kehamilan tetapi terpengaruh atau disebabkan oleh kehamilan, dan yang memerlukan *rawat inap* atau operasi sebelum masa kehamilan penuh untuk menghindari ancaman kerusakan permanen pada kehidupan atau kesehatan Ibu.

**COMPLEMENTARY MEDICINE** : Layanan terapi yang diberikan oleh salah satu jenis praktisi yang tercantum dalam bagian Pengobatan Komplementer dan Pengobatan Tradisional Cina dalam jadwal manfaat, selain seseorang yang berhubungan dengan *Anda* melalui darah, perkawinan atau adopsi, yang memenuhi syarat oleh pendidikan dan pelatihan dan, jika diperlukan atau diizinkan untuk dilisensikan atau didaftarkan oleh undang-undang tempat layanan berlangsung, dilisensikan atau terdaftar di tempat itu, dan siapa yang dalam melakukan layanan tersebut bertindak dalam lingkup dan pelatihan disiplin tersebut.

**RAWAT INAP** : menginap semalam secara medis sebagai pasien di tempat tidur yang terdaftar di *rumah sakit*.

**KONDISI BAWAAN LAHIR** : setiap kondisi diklasifikasikan sebagai anomali bawaan dalam klasifikasi internasional penyakit 10 revisi (2010 Versi).

**PENGECUALIAN MEDIS PRIBADI YANG BERKELANJUTAN** : Berarti *kami* menerapkan ketentuan penjaminan khusus dari polis sebelumnya. Segala *kondisi yang sudah ada* sebelumnya yang akan dicakup oleh polis sebelumnya akan terus dicakup dalam Polis ini, tetapi tidak melebihi batas yang akan diperoleh berdasarkan ketentuan-ketentuan Polis sebelumnya atau ketentuan-ketentuan Polis ini, yang mana pun yang menurunkan.

**PENGobatan KOSMETIK** : *Pembedahan*, perawatan kimia, atau prosedur lain yang dilakukan untuk membentuk kembali atau memodifikasi struktur tubuh atau penampilan fisik.

**NEGARA RESIDENSI** : Negara tempat *pemegang polis* menghabiskan waktu paling besar selama *periode asuransi*.

**PERAWATAN KUSTODIAL ATAU PEMELIHARAAN** : Perawatan diberikan terutama :

- Untuk kebutuhan pribadi, kenyamanan atau kemudahan yang tidak diperlukan pelatihan atau keterampilan medis khusus; atau
- Untuk mempertahankan, daripada meningkatkan, fungsi fisik atau mental, atau untuk menyediakan lingkungan yang terlindungi, termasuk tirah baring yang ditentukan *dokter*.

**RISIKO SENDIRI** : Jumlah yang ditunjukkan pada *tabel manfaat* yang sesuai dengan manfaat yang tersedia berdasarkan polis ini. *Kami* berhak mengurangi jumlah ini dari pembayaran *biaya* apa pun.

**PENGobatan GIGI** : Evaluasi, diagnosis, pencegahan, dan perawatan bedah atau non-bedah penyakit, gangguan dan kondisi rongga mulut, area maksilofasial dan struktur yang berdekatan dan terkait.

**DOKTER GIGI** : Seorang praktisi yang berkualifikasi dengan baik selain seseorang yang berhubungan dengan *Anda* melalui darah, perkawinan atau adopsi, yang dilisensikan oleh otoritas yang kompeten dari negara di mana perawatan diberikan untuk memberikan perawatan gigi, dan yang dalam memberikan perawatan tersebut berlatih dalam ruang lingkup lisensi dan pelatihannya.

**TANGGUNGAN** : pasangan *Anda* di bawah hukum negara *Anda* yang biasa tinggal atau mitra de facto *Anda*. Setiap anak *Anda* yang belum menikah, anak tiri atau anak angkat yang berada di bawah usia sembilan belas (19) tahun untuk semua atau sebagian dari *periode asuransi* atau, jika siswa penuh waktu dan terutama bergantung pada *Anda* untuk dukungan dan pemeliharaan sementara siswa penuh waktu, di bawah usia dua puluh tiga (23) tahun untuk semua atau sebagian dari *periode asuransi*.

**PEMINDAIAN DAN PENGUJIAN DIAGNOSTIK** : tes dan prosedur medis yang diperlukan yang diresepkan oleh *dokter* yang merawat untuk menyelidiki penyebab dan sifat gejala *Ketidakmampuan*. Terbatas pada tes dan scan berikut kecuali dinyatakan lain pada *tabel manfaat*: tes laboratorium dan patologi, CT scan, PET scan, MRI, USG, EKG, ujian Endoskopi (tidak termasuk *pemeriksaan Endoskopi invasif*), dan x-ray

**KETIDAKMAMPUAN** : sebuah penyakit atau *cedera*, dan gejala, sequelae, atau komplikasi daripadanya. Dalam kasus *cedera*, itu berarti semua *cedera* yang timbul dari peristiwa yang sama atau rangkaian peristiwa yang berdekatan.

**TANGGAL EFEKTIF** : Tanggal yang ditentukan pada *tabel nama* sebagai tanggal di mana periode asuransi sehubungan dengan orang yang diasuransikan dimulai berdasarkan polis ini.

**DARURAT** : sebuah perubahan mendadak dalam kesehatan *Anda* sebagai akibat dari kecelakaan atau eksaserbasi akut dari *ketidakmampuan* yang memerlukan intervensi medis atau bedah mendesak untuk menghindari kerusakan permanen pada kehidupan atau kesehatan *Anda*.

- E EMERGENCY ASSISTANCE PROVIDER :** APRIL Assistance
- E EXPENSES :** Amounts *you* incur during the *period of insurance* for a *medically necessary* service and which fall within the categories of benefits shown on the *benefits schedule*.
- E EXTERNAL PROSTHESIS :** An artificial body part prescribed by an attending *physician* as part of treatment relating to a *disability* covered by this policy.
- F FULL MEDICAL UNDERWRITING :** means that *you* provide *us* with a detailed medical history on the *Full Medical Underwriting* Application Form to enable *us* to decide whether to accept or decline *your* application and whether *we* need to apply any specific exclusions or loadings to *your* policy.
- H HEREDITARY CONDITIONS :** An *illness* caused by a genetic abnormality passed down from the parents' genes. Cancers which are present in combination with other symptoms of the *hereditary condition* are included in this definition.
- H HIV/AIDS :** Infection with the Human Immunodeficiency Virus and any mutation thereof and/or Acquired Immune Deficiency Syndrome ("AIDS") and any symptoms relating thereto or *illnesses* arising therefrom. AIDS includes any cancer or infection in an HIV-infected person who, on or at any time before the date of service, had a CD4 T-cell count below 200 cells per microliter. *HIV/AIDS* costs may only be claimed under the *HIV/AIDS* section of the *benefits schedule*, and no other type of benefit under this policy provides coverage in connection with *HIV/AIDS*.
- H HOME COUNTRY :** The country of the passport or identity document of *insured persons* listed on the application or notified to *us* under the terms governing material changes. For any dependant who does not have a passport, it will be the home country of their *policyholder*.
- H HOSPICE OR PALLIATIVE TREATMENT :** A program of medical, psychological, social, and spiritual care provided to persons who have been diagnosed as suffering from a *terminal illness*. Treatment must be prescribed by a *physician* and provided by a *hospital* or institution licensed by the competent medical authorities of the country in which care is provided and which, in providing care, is practicing within the scope of its license. *Hospice or palliative treatment* costs may only be claimed under the *hospice or palliative treatment* section of the *benefits schedule*, and no other type of benefit under this policy provides coverage in connection with *hospice or palliative treatment*.
- H HOSPITAL :** An institution licensed by the competent medical authorities of the country in which it is located to provide care and treatment of sick and injured persons as bed patients and which:
- has full diagnostic, therapeutic and surgical procedures; and
  - provides 24 hour a day nursing services by registered graduate nurses; and is supervised by a staff of physicians; and
  - Is not primarily a clinic, an *intermediate care facility or nursing home*, a mental institution, a home for the aged, or a place for alcoholics or drug addicts.
- H HOSPITAL ROOM AND BOARD :** Room and board and general nursing care, subject to the following accommodation levels as stated on the *benefits schedule*.
- SINGLE OCCUPANCY ROOM –** The base class of rooms having one (1) patient bed per room with an en-suite bath or shower room. Single occupancy room does not include a suite.
- DOUBLE OCCUPANCY ROOM –** A class of room having two (2) patient beds per room and shared bath or shower room, whether both beds are occupied or not.
- WARD –** A class of room having three (3) or more patient beds per room, whether all beds are occupied or not.
- I ILLNESS :** A physical condition, including symptoms, sequelae, or complications, marked by a pathological deviation from the normal healthy state during the *period of insurance*.
- I INJURY :** Identifiable physical damage to *your* body which is caused by an *accident* solely and independently of any other causes, is not intentionally self-inflicted, and does not result from *illness*.
- I INTENSIVE CARE UNIT :** A class of room dedicated to the constant, close monitoring of the vital body functions of critically ill patients, which provides a high ratio of nursing staff to patients, and which has full facilities for the resuscitation of patients. This definition also includes a coronary care unit which has facilities not less comprehensive than those described above.
- I INTERMEDIARY :** The authorised agent, broker or financial advisor who arranged this cover.
- I INTERMEDIATE CARE FACILITY OR NURSING HOME :** A place devoted to providing support services for individuals requiring medical, nursing, or *custodial or maintenance care* in a residential setting.
- I INSURED PERSON :** The person/persons identified on the *namelist*.
- I INVASIVE ENDOSCOPIC EXAMINATION :** The following endoscopies: arthroscopy, colonoscopy, cystoscopy, enteroscopy, laparoscopy, mediastinoscopy, sigmoidoscopy, thoracoscopy/pleuroscopy, upper gastrointestinal endoscopy, ureteroscopy.
- K KIDNEY DIALYSIS :** Hemodialysis and peritoneal dialysis. *Kidney dialysis expenses* may only be claimed under the *kidney dialysis* section of the *benefits schedule*, and no other type of benefit under this policy provides coverage in connection with *kidney dialysis*.
- M MAJOR ASSISTED CONCEPTION :** The use of *surgical* methods to increase the number of eggs during ovulation or to bring a human sperm and an egg, or eggs, close together, thereby increasing the chance of conception. This includes but is not limited to Intra-uterine insemination (IUI), In vitro fertilisation (IVF), intracytoplasmic sperm injection (ICSI).
- M MAJOR DENTAL TREATMENT :** Surgical removal of impacted, buried, or unerupted teeth/roots or odontomes; treatment of disorders of the temporomandibular joint (TMJ); orthodontics; dental implants; root canal therapy or apicoectomy; dentures (new/repair of old); gold, amalgam, composite or porcelain crowns and bridges; treatment by a *dentist of illnesses* of the oral mucosa and directly related laboratory tests or pathology services; antibiotics or medicines for pain management for which a prescription is required for purchase and which have been prescribed by a *dentist*; periodontics, deep oral prophylaxis or root planing.
- M MEDICAL APPLIANCES :** The following items and their accessories if prescribed by a *physician* for a *disability*: cranial helmets, nebulisers, oxygen pumps and masks, hearing aids, corrective splints, insulin pumps, infusion pumps, glucose monitors and lancets, orthotic/orthopaedic braces, supports (addition) and boots; tracheo-esophageal voice prosthesis, arch support, and consumable diabetes or ostomy supplies.

**EMERGENCY ASSISTANCE PROVIDER** : APRIL Assistance

**BIAYA** : jumlah yang *Anda* keluarkan selama *periode asuransi* untuk layanan medis yang diperlukan dan yang termasuk dalam kategori manfaat yang ditampilkan pada *tabel manfaat*.

**PROSTHESIS EKSTERNAL** : bagian tubuh buatan yang diresepkan oleh *dokter* yang merawat sebagai bagian dari perawatan yang berkaitan dengan *ketidakmampuan* yang tercakup dalam polis ini.

**FULL MEDICAL UNDERWRITING** : berarti *Anda* memberi *kami* riwayat medis terperinci pada Formulir Aplikasi Penjaminan Medis Lengkap untuk memungkinkan *kami* memutuskan apakah akan menerima atau menolak aplikasi *Anda* dan apakah *kami* perlu menerapkan pengecualian atau pemuatan spesifik apa pun pada polis *Anda*.

**KONDISI HEREDITER** : sebuah *penyakit* yang disebabkan oleh kelainan genetik diturunkan dari gen orang tua . Kanker yang hadir dalam kombinasi dengan gejala lain dari *kondisi herediter* termasuk dalam definisi ini.

**HIV/AIDS** : Infeksi dengan Human Immunodeficiency Virus dan mutasi apa pun darinya dan / atau Acquired Immune Deficiency Syndrome ("AIDS") dan gejala apa pun yang berkaitan dengannya atau *penyakit* yang timbul darinya. AIDS mencakup setiap kanker atau infeksi pada orang yang terinfeksi HIV yang, pada atau kapan saja sebelum tanggal layanan, memiliki jumlah CD4 di bawah 200 sel per mikroliter. *Biaya* HIV / AIDS hanya dapat diklaim di bawah bagian HIV / AIDS dari *tabel manfaat*, dan tidak ada jenis manfaat lain dalam polis ini yang menyediakan pertanggungjawaban sehubungan dengan HIV / AIDS.

**NEGARA ASAL** : Negara yang menerbitkan paspor, yang tercantum pada aplikasi penjaminan Asuransi *Anda*. Untuk setiap *tanggungan* yang tidak memiliki paspor, *negara asal* adalah negara dari *pemegang polis*.

**PERAWATAN HOSPICE atau PALIATIF** : program perawatan medis, psikologis, sosial, dan spiritual yang diberikan kepada orang yang telah didiagnosis menderita *penyakit terminal*. Pengobatan harus diresepkan oleh *dokter* dan disediakan oleh *rumah sakit* atau lembaga yang dilisensikan oleh otoritas medis yang kompeten dari negara di mana perawatan disediakan dan yang, dalam memberikan perawatan, sedang berlatih dalam lingkup lisensinya. Hospice atau *biaya* perawatan paliatif hanya dapat diklaim di bawah Hospice atau bagian Perawatan Paliatif dari *tabel manfaat*, dan tidak ada jenis manfaat lain dalam polis ini yang memberikan cakupan sehubungan dengan *perawatan Hospices atau paliatif*.

**RUMAH SAKIT** : Sebuah lembaga yang diberi lisensi oleh otoritas kesehatan yang berkompeten dari Negara dimana ia berada untuk memberikan perawatan dan pengobatan *rawat inap* terhadap orang sakit dan yang *terluka* dimana ia:

- Memiliki prosedur diagnostik, terapi dan bedah yang lengkap;
- Menyediakan jasa perawatan 24 jam / hari yang diberikan oleh perawat yang terdaftar; dan diawasi oleh petugas dari *dokter*; dan
- Bukan klinik, panti, tempat istirahat, atau rumah penyembuhan, *rumah sakit* jiwa, panti jompo, maupun tempat rehabilitasi pecandu alcohol atau pecandu narkoba.

**KAMAR DI RUMAH SAKIT** : kamar dan perawatan umum, tergantung pada tingkat akomodasi berikut sebagaimana tercantum pada jadwal manfaat.

**RUANG OKUPANSI TUNGGAL** – Kelas dasar kamar memiliki satu (1) tempat tidur pasien per kamar dengan bak mandi atau kamar mandi . Kamar Pribadi standar tidak termasuk suite.

**KAMAR DOUBLE OCCUPANCY** – Kelas kamar memiliki dua (2) tempat tidur pasien per kamar dan kamar mandi atau shower bersama, baik tempat tidur yang ditempati maupun tidak.

**WARD** – sebuah kelas kamar memiliki tiga (3) atau lebih pasien tempat tidur per kamar, Apakah semua tempat tidur yang ditempati atau tidak.

**PENYAKIT** : Sebuah kondisi fisik, termasuk gejala, maupun gejala sisa, atau komplikasinya, yang ditandai dengan adanya penyimpangan patologis dari kondisi sehat dan normal selama *periode asuransi*.

**CEDERA** : *Kerusakan* fisik yang dapat diidentifikasi pada tubuh *Anda* yang disebabkan oleh kecelakaan semata-mata dan terlepas dari penyebab lain, tidak sengaja disebabkan oleh diri sendiri, dan bukan akibat dari *penyakit*.

**UNIT PERAWATAN INTENSIF** : Kelas kamar yang didedikasikan untuk pemantauan ketat dan konstan terhadap fungsi tubuh vital pasien yang sakit kritis, yang menyediakan rasio tinggi staf perawat terhadap pasien, dan yang memiliki fasilitas lengkap untuk resusitasi pasien. Definisi ini juga mencakup unit perawatan koroner yang memiliki fasilitas yang tidak kalah komprehensif dari yang dijelaskan di atas

**PERANTARA** : Agen resmi, broker atau penasihat keuangan yang mengatur perlindungan ini.

**FASILITAS PERAWATAN ATAU RUMAH KEPERAWATAN** : Tempat yang ditujukan untuk menyediakan layanan dukungan bagi individu yang membutuhkan perawatan medis, perawatan, perawatan atau pemeliharaan dalam pengaturan di perumahan.

**TERTANGGUNG** : orang/orang yang terdapat di *tabel nama*.

**PEMERIKSAAN ENDOSKOPI INVASIF** : endoscopies berikut: Artroskopi, kolonoskopi, sistoskopi, enteroskopi, Laparoskopi, mediastinoskopi, sigmoidoskopi, torakoskopi/pleurosokopi, Endoskopi gastrointestinal atas, ureteroskopi.

**CUCI DARAH / HEMODIALISA** : Tindakan Hemodialisis dan dialisis peritoneal. *Biaya* dialisis ginjal hanya dapat diklaim di bawah bagian dialisis ginjal dari jadwal manfaat, dan tidak ada jenis manfaat lain dalam polis ini yang memberikan pertanggungjawaban sehubungan dengan dialisis ginjal.

**KONSEPSI BANTUAN** : Penggunaan metode bedah untuk menambah jumlah sel telur selama ovulasi atau untuk membawa sperma manusia dan sel telur, atau sel telur, berdekatan, sehingga meningkatkan kemungkinan pembuahan. Ini termasuk tetapi tidak terbatas pada Inseminasi Intra-uterin (IUI), fertilisasi in vitro (IVF), injeksi sperma intracytoplasmic (ICSI).

**PERAWATAN GIGI UTAMA** : Pemindahan gigi / akar atau odontoma yang impaksi, dikubur, atau tidak erupsi; pengobatan gangguan sendi temporomandibular (TMJ); orthodonti; gigi palsu; terapi saluran akar atau apicoectomy; gigi palsu (baru / perbaikan lama); mahkota dan jembatan dari emas, amalgam, komposit atau porselen; perawatan oleh *dokter gigi* *penyakit* mukosa mulut dan tes laboratorium atau layanan patologi terkait langsung; antibiotik atau obat-obatan untuk manajemen nyeri yang memerlukan resep untuk pembelian dan yang telah diresepkan oleh *dokter gigi*; periodontik, profilaksis oral dalam atau root planing.

**APLIKASI MEDIS** : Barang-barang berikut dan aksesorinya jika diresepkan oleh *dokter* untuk disabilitas: helm kranial, nebuliser, pompa oksigen dan masker, alat bantu dengar, belat korektif, pompa insulin, pompa infus, monitor dan lancet glukosa, kawat gigi ortotik / ortopedi, dukungan (tambahan) dan sepatu bot; prostesis suara trakeo-esofagus, alat pendukung, dan suplai obat diabetes atau ostomi yang dapat dikonsumsi.

**M MEDICAL CHECK-UP :** Consultations and tests that are undertaken without any clinical signs or symptoms being present.

**M MEDICALLY NECESSARY :** Possessing an identifiable relationship to either a covered *disability* or symptom(s) of a *disability* which if existing would be covered under the policy. It refers to necessary and appropriate medical treatment, services or supplies, i.e. :

- a therapeutic service required to treat or prevent damage to life or health where *you* have an *illness* or *injury*;
- a diagnostic service to determine whether therapeutic services are necessary, where *you* have active symptoms, the cause of which are unknown, but which are suggestive of an *illness* or *injury*, or
- A treatment or service required for reasons other than the comfort or convenience of *you* or *physicians*.

The term “appropriate” shall mean taking patient safety and cost effectiveness into consideration. When specifically applied to inpatient treatment, medically necessary also means that diagnosis cannot be made, or treatment cannot be safely and effectively provided on an outpatient basis.

**M MEDICINES AND DRUGS :** *Medicines* and *drugs* for which a *physician’s* prescription is required for purchase, and which have been dispensed by a *physician’s* office or by a licensed pharmacist after having been prescribed by a *physician*.

**M MENTAL AND NERVOUS CONDITION :** Any condition classified as a mental and *behavioural* disorder in the International Classification of Diseases 10th Revision (2010 version).

**M MINOR ASSISTED CONCEPTION :** The use of oral or injected medication to induce or regularise the menstrual cycle in order to increase the chance of conception.

**M MINOR DENTAL TREATMENT :** Dental *check-up*, gold or amalgam or composite or porcelain inlays/onlays/fillings; routine tooth cleaning, scaling, and prophylaxis (including when done by an oral hygienist); simple extractions; and application of sealants.

**M MOBILITY AIDS :** Crutches, canes, walkers, manual wheelchairs and non-motorised knee scooters.

**M MORATORIUM :** Under moratorium policies, any pre-existing or related medical condition which occurred or was treated within a 24 month period prior to *your effective date* or has one of the following characteristics will be excluded from cover :

- ▶ was foreseeable
- ▶ clearly showed itself
- ▶ *you* have had signs or symptoms or *you* were aware of the condition
- ▶ *you* have received treatment for or sought medical advice on the condition or a related condition (including *medical checkups*) to the best of *your* knowledge *you* were aware *you* had
- ▶ requires monitoring according to generally accepted medical advice or opinion

These conditions may be covered after *you* have had continuous cover with *us* for 24 months during which *you* have not had any symptoms, sought advice, needed or received any medication, treatment for the pre-existing condition or any related condition. If the pre-existing condition recurs, then once *you* have completed a 24 month period where none of these apply, the medical condition may then be covered.

Certain pre-existing conditions may never be covered under a *moratorium* policy. These include *disabilities* and chronic and incurable conditions; for example diabetes, chronic hypertension (raised blood pressure), hyperlipidaemia (raised cholesterol levels), ischemic heart disease, cancer, thyroid disease, and auto-immune disorders. If *you* have suffered from any of these conditions, or any other condition for which it is generally accepted medical advice that it be monitored, then that condition may never be covered. Any condition related to an excluded condition will also be excluded from cover.

**N NAMELIST :** A section of the policy identifying the *insured persons* covered under this policy.

**N NEONATAL DISABILITY :** A *disability* which existed during the *neonatal period*, and any *disabilities* directly or indirectly arising therefrom or relating thereto. It includes *pre-term birth* and any *congenital conditions* which are diagnosed or present symptoms of which medical professionals or parents are aware or reasonably should be aware of during the *neonatal period*.

**N NEONATAL PERIOD :** The period between birth and either the 28th day of life or the 15th day after discharge from *hospital* (dates inclusive), whichever is later.

**N NEWBORN INFANT :** A child under 28 days of age.

**O ORAL HYGIENIST :** A properly qualified employee of a *dentist* who is licensed, if required, by the competent medical authorities of the country in which treatment is provided to render services such as cleaning and anaesthesia, and who is rendering such treatment at the direction of, and under the direct supervision of a *dentist*.

**O ORGAN TRANSPLANTATION :** Transplantation of a cornea, kidney, heart, liver, lung or bone marrow from one human to another.

**P PARENTAL ACCOMMODATION :** A fee for an additional bed in the same room for a parent or legal guardian staying with a dependant child covered under this policy who is admitted as an inpatient in a *hospital* for the treatment of a covered *disability*

**P PERIOD OF INSURANCE :** The period starting at 00:00 a.m. Indonesia time on the first day shown on the policy cover page and ending at 11:59pm Indonesia time on the last day shown on the policy cover page. If an *insured person* has been added to the policy mid-year, it means the period shown on the *namelist* in respect of that *insured person*. If this policy is renewed, the effective date shown on the renewal endorsement will be first day of the new *period of insurance*.

**P PHYSICIAN :** A doctor of western medicine other than someone related to *you* by blood, marriage or adoption, who is licensed by the competent medical authorities of the country in which treatment is provided, and who in rendering such treatment is practicing within the scope of his or her licensing and training.

**PEMERIKSAAN MEDIS** : Konsultasi dan tes yang dilakukan tanpa adanya tanda-tanda atau adanya gejala dari suatu penyakit.

**KEBUTUHAN MEDIS** : Memiliki hubungan yang dapat diidentifikasi dengan *ketidakmampuan* tertutup atau gejala *ketidakmampuan* yang jika ada akan tercakup dalam polis. Ini merujuk pada perawatan, layanan atau pasokan medis yang perlu dan sesuai, yaitu:

- Layanan terapi yang diperlukan untuk mengobati atau mencegah kerusakan pada kehidupan atau kesehatan di mana *Anda* menderita *penyakit* atau *cedera*;
- Layanan diagnostik untuk menentukan apakah layanan terapi diperlukan, di mana *Anda* memiliki gejala aktif, penyebabnya tidak diketahui, tetapi yang menunjukkan *penyakit* atau , atau
- Perawatan atau perawatan yang diperlukan untuk alasan selain kenyamanan atau kemudahan *Anda* atau *dokter*.

Istilah "tepat" berarti mengambil keselamatan pasien dan efektivitas *biaya* menjadi pertimbangan. Bila diterapkan secara khusus untuk perawatan di-pasien, diperlukan secara medis juga berarti bahwa diagnosis tidak dapat dilakukan, atau pengobatan tidak dapat aman dan efektif disediakan secara rawat jalan.

**OBAT-OBATAN** : *Obat-obatan* yang memerlukan resep *dokter* untuk pembeliannya dimana dikeluarkan oleh tempat dimana *dokter* tersebut bekerja atau oleh seorang apoteker berlisensi yang diresepkan oleh *dokter*.

**KONDISI MENTAL DAN SARAF** : Gangguan psikiatrik, psikologis, afektif, mental, atau gangguan perilaku, Ini termasuk kondisi yang tercantum dalam ICD-10 klasifikasi mental dan gangguan perilaku.

**KONSEPSI BUATAN MINOR** : penggunaan obat oral atau disuntikkan untuk menginduksi atau mengatur siklus menstruasi dalam rangka meningkatkan kemungkinan pembuahan.

**PERAWATAN GIGI MINOR** : pemeriksaan gigi, emas atau amalgam, komposit atau porselen Inlays/onlays/tambalan; pembersihan gigi rutin, penskalaan, dan profilaksis (termasuk apabila dilakukan oleh seorang ahli kebersihan mulut); ekstraksi sederhana; dan penerapan Sealants.

**ALAT BANTU MOBILITAS** : kruk, tongkat, Walker, kursi roda manual, dan skuter lutut non-bermotor.

**MORATORIUM** : Berdasarkan polis *moratorium*, segala kondisi medis yang sudah ada sebelumnya atau yang terkait yang terjadi atau dirawat dalam periode 24 bulan sebelum *tanggal efektif Anda* atau memiliki salah satu dari karakteristik berikut akan dikecualikan dari perlindungan:

- › Sudah bisa diduga
- › Jelas menunjukkan dirinya
- › *Anda* memiliki tanda atau gejala atau *Anda* mengetahui kondisinya
- › *Anda* telah menerima perawatan untuk atau mencari nasihat medis tentang kondisi atau kondisi terkait (termasuk *pemeriksaan medis*) Sejauh pengetahuan *Anda*, *Anda* sadar *Anda* miliki
- › Memerlukan pemantauan sesuai dengan saran atau pendapat medis yang diterima secara umum

Kondisi-kondisi ini dapat ditanggung setelah *Anda* memiliki perlindungan terus menerus dengan *kami* selama 24 bulan di mana *Anda* tidak memiliki gejala, meminta nasihat, membutuhkan atau menerima obat apa pun, perawatan untuk *kondisi yang sudah ada* sebelumnya atau kondisi terkait lainnya. Jika *kondisi yang sudah ada* sebelumnya berulang, maka setelah *Anda* menyelesaikan periode 24 bulan di mana tidak ada yang berlaku, kondisi medis kemudian dapat ditanggung.

Kondisi tertentu yang sudah ada sebelumnya mungkin tidak pernah dicakup dalam polis *moratorium*. Ini termasuk *Ketidakmampuan* dan *kondisi kronis* dan tidak dapat disembuhkan; misalnya diabetes, hipertensi kronis (peningkatan tekanan darah), hiperlipidemia (peningkatan kadar kolesterol), penyakit jantung iskemik, kanker, penyakit tiroid, dan gangguan autoimun. Jika *Anda* menderita salah satu dari kondisi ini, atau kondisi lain yang secara umum diterima sebagai saran medis untuk dipantau, maka kondisi itu mungkin tidak pernah dicakup. Segala kondisi yang terkait dengan kondisi yang dikecualikan juga akan dikecualikan dari perlindungan

**TABEL NAMA** : Bagian dari lembar deklarasi yang menerangkan anggota yang tercakup dalam jaminan kontrak ini.

**KECACATAN NEONATAL** : *Ketidakmampuan* yang terjadi selama *periode neonatal*, dan *Ketidakmampuan* apa pun secara langsung atau tidak langsung yang timbul atau terkait dengannya. Ini termasuk pra-istilah kelahiran dan kondisi bawaan yang didiagnosis atau saat ini gejala yang profesional medis atau orang tua yang sadar atau cukup harus menyadari selama *periode neonatal*.

**PERIODE NEONATAL** : periode antara kelahiran dan 28 hari kehidupan atau hari ke-15 setelah keluarnya dari *rumah sakit* (tanggal inklusif), mana yang kemudian.

**BAYI YANG BARU LAHIR** : anak di bawah usia 28 hari.

**KEBERSIHAN ORAL** : karyawan *dokter gigi* yang memenuhi syarat dan berlisensi, jika diperlukan, oleh otoritas medis yang kompeten di negara di mana perawatan disediakan untuk memberikan layanan seperti pembersihan dan anestesi, dan yang memberikan perlakuan seperti itu pada arah, dan di bawah pengawasan langsung *dokter gigi*.

**TRANSPLANTASI ORGAN** : Transplantasi kornea, ginjal, jantung, hati, paru atau sumsum tulang dari satu manusia ke yang lain.

**AKOMODASI PARENTAL** : *biaya* untuk tempat tidur tambahan di kamar yang sama untuk orang tua atau wali yang sah yang menginap dengan anak yang tergantung di bawah polis ini yang diterima sebagai pasien *rawat inap* di *rumah sakit* untuk perawatan Penyandang *Ketidakmampuan*.

**PERIODE ASURANSI** : periode mulai pukul 00:00 waktu Indonesia bagian barat pada hari pertama yang ditampilkan pada halaman sampul polis dan berakhir pada pukul 11:59 WIB waktu Indonesia bagian barat pada hari terakhir yang tertera pada halaman sampul polis. Jika *Tertanggung* asuransi telah ditambahkan ke polis pertengahan tahun, itu berarti periode yang ditunjukkan pada *tabel nama* sehubungan dengan *tertanggung asuransi*. Jika polis ini diperpanjang, *tanggal efektif* yang ditampilkan pada pengesahan perpanjangan akan menjadi hari pertama dari *periode asuransi* baru.

**DOKTER** : seorang *dokter* Kedokteran Barat selain seseorang yang berhubungan dengan *Anda* oleh darah, perkawinan atau adopsi, yang diilensikan oleh otoritas medis yang kompeten dari negara di mana pengobatan disediakan, dan yang dalam render perlakuan tersebut adalah berlatih dalam lingkup nya lisensi dan pelatihan.

- P** **PHYSIOTHERAPY** : Treatment of a *disability* by physical methods such as manipulation and mobilisation, Transcutaneous Electrical Neural Stimulation, heat treatment, and exercise rather than by drugs or *surgery*. Treatment must be performed by a physiotherapist, other than someone related to *you* by blood, marriage or adoption, acting within the scope and training of the physiotherapy discipline and who, if required or permitted to be licensed or registered by the laws of the place where service took place, is licensed or registered in that place.
- P** **POLICYHOLDER** : The person named in the policy cover page as the *policyholder*.
- P** **POST-HOSPITALISATION BENEFITS** : *Physician* consultation fees, *diagnostic scans and tests*, *medicines and drugs*, *physiotherapy*, rental of *mobility aids* ordered/prescribed by a *physician* following *confinement* and used as a direct consequence of the *disability* which led to *confinement*.
- P** **PRE-AUTHORISATION** : Means the determination by *us* that a service is *medically necessary* and appropriate, including consideration of the need for the proposed level of care and the availability of alternatives.
- P** **PRECEDING POLICY** : Means a long-term international health insurance policy covering *illness* and *bodily injury* which terminates no earlier than the day prior to the *effective date* in respect of an insured person, and a copy of which has been provided to *us* upon application. It must be of an equivalent class of cover as that being applied for and meet the acceptability criteria defined by APRIL at the time of application.
- P** **PRE-EXISTING CONDITION** : Any *disability*:
- which existed before the *period of insurance* and which presented signs or symptoms of which *you* were aware or should reasonably have been aware of; or
  - for which *you* have sought or received treatment, medication, advice or diagnosis in the two (2) years before the *period of insurance*; or
  - which *you* knew to exist before the *period of insurance* and whether or not *you* sought or received treatment, medication, advice, or diagnosis for it.
- P** **PRE-HOSPITALISATION BENEFITS** : *Physician* consultation fees, *diagnostic scans and tests*, *medicines and drugs* used as a direct consequence of the *disability* which led to *confinement*.
- P** **PRE-TERM BIRTH** : Birth of a living child before 37 weeks of pregnancy are completed.
- P** **PROFESSIONAL FEES** : Surgeon's fees, anaesthetist fees, dietician fees, general nursing fees, physiotherapist fees, speech therapist fees and attending *physician* fees.
- R** **REASONABLE AND CUSTOMARY** : An amount comparable to that charged by others of similar professional standing in the same locality, for the same class of *hospital* room, for a person of similar sex and age, for a similar *disability*, without regard to ability to pay or the availability or adequacy of insurance. Where an *insured person* stays in a *hospital* room above the *hospital* room and board level shown on the *benefits schedule*, *reasonable and customary* charges will be limited to comparable charges for the highest class of room for which the *insured person* is covered.
- R** **RECONSTRUCTIVE SURGERY** : *Surgery* performed to improve the function or appearance of abnormal structures of the body caused by a *disability*.
- R** **REFERRAL** : A dated, written letter or note from an attending *physician* prior to commencement of treatment identifying *you*, the *disability* to be treated and the reasons for treatment.
- R** **REHABILITATION CENTRE** : A facility specifically licensed to care for people who have suffered neurological, musculoskeletal, orthopaedic and other serious medical conditions and are not yet able to care for themselves at home. It must be:
- ▶ a unit within a *hospital* or a separate facility having accommodation for bed patients;
  - ▶ organised to provide an intensive rehabilitation program to inpatients;
  - ▶ under supervision of a *physician*; and
  - ▶ staffed full-time by nurses working under the supervision of a registered nurse.
- R** **REHABILITATION TREATMENT** : Treatment following a *disability* upon *referral* by an attending specialist to restore normal form/near to normal form or function to the body. In addition to room and board and general nursing fees, the following additional costs incurred while admitted to the *rehabilitation centre* will be covered under this benefit:
- ▶ occupational therapy fees
  - ▶ special treatment room fees
  - ▶ speech therapy fees
- Rehabilitation centre* services must be certified by a specialist as *medically necessary*. The factors to be considered in making such certification must include, but are not necessarily limited to,
- ▶ the type and severity of the *illness* or *injury*, and the *insured person's* overall state of health and prior treatment history;
  - ▶ the amount of therapy expected to be performed every day;
  - ▶ the risk of deterioration or non-recovery of function if therapy is not completed; and
  - ▶ the extent to which the *insured person* will be able to perform activities of daily living during the rehabilitation period. *We* reserve the right to require re-authorisation of *rehabilitation* centre services at any time upon notice to the insured.
- S** **SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE** : *Illness* classified as an infection with a predominantly sexual mode of transmission in the International Classification of Diseases 10th Revision (2010 version).
- S** **STEM CELL TREATMENT** : Treatment for a *disability* where an immediate advantage compared to other forms of treatment can be identified and verified by *us*. It does not include preventive treatment.
- S** **SUDDEN ILLNESS OR INJURY** : Either
- ▶ a *disability* occurring wholly and exclusively during the first 30 *travel days* of any trip outside *your* area of cover; or
  - ▶ a *disability* existing prior a trip outside *your* area of cover which had not required any advice (other than routine follow-up), treatment or any new/changed medication in the 30 days prior to the time *you* commenced *your* journey.

In the case of an *injury*, the *accident* must occur during the trip in which treatment is obtained. *Sudden illness* or *injury* does not include any *disability* of which symptoms existed prior to the start of the trip and which would have caused a reasonable person to seek medical care, and it does not include pregnancy or *complications of pregnancy*.

**FISIOTERAPI** : perawatan *Ketidakkampuan* oleh metode fisik seperti manipulasi dan mobilisasi, stimulasi saraf listrik Transcutaneous, perlakuan panas, dan latihan daripada dengan narkoba atau *pembedahan*. Pengobatan harus dilakukan oleh seorang *fisioterapis*, selain seseorang yang berhubungan dengan *Anda* oleh darah, perkawinan atau adopsi, bertindak dalam lingkup dan pelatihan disiplin *fisioterapi* dan yang, jika diperlukan atau diizinkan untuk dilisensikan atau ditabelkan oleh hukum dari tempat di mana Layanan berlangsung, dilisensikan atau Terdaftar di tempat itu.

**PEMEGANG POLIS** : orang yang disebutkan di halaman sampul polis sebagai *pemegang polis*.

**MANFAAT PASCA RAWAT INAP** : *biaya* konsultasi *dokter*, scan dan tes diagnostik, *obat-obatan* dan *obat-obatan*, *fisioterapi*, Penyewaan alat bantu gerak yang dipesan/diresepkan oleh *dokter* yang mengikuti *rawat inap* dan digunakan sebagai konsekuensi langsung dari *Ketidakkampuan* yang menyebabkan *rawat inap*.

**PRA-OTORISASI** : berarti penentuan oleh *kami* bahwa layanan secara medis diperlukan dan sesuai, termasuk pertimbangan perlunya tingkat perawatan yang diusulkan dan ketersediaan alternatif.

**KEBIJAKAN SEBELUMNYA** : berarti jangka panjang polis asuransi kesehatan internasional yang meliputi *penyakit* dan *cedera* tubuh yang berakhir tidak lebih awal dari hari sebelum *tanggal efektif* sehubungan dengan *tertanggung* asuransi, dan salinan yang telah diberikan kepada *kami* pada aplikasi. Ini harus setara dengan kelas penutup yang sedang diterapkan untuk dan memenuhi kriteria penerimaan yang ditetapkan oleh APRIL pada saat aplikasi.

**KONDISI YANG SUDAH ADA** : setiap *Ketidakkampuan*/sakit :

- yang sudah ada sebelum *periode asuransi* dan yang disajikan tanda atau gejala yang *Anda* sadari atau harus cukup telah menyadari ; Atau
- untuk yang *Anda* telah mencari atau menerima perawatan, *obat-obatan*, saran atau diagnosis dalam dua (2) tahun sebelum *periode asuransi*; Atau
- yang *Anda* tahu ada sebelum *periode asuransi* dan apakah *anda* atau tidak mencari atau menerima pengobatan, *obat-obatan*, saran, atau diagnosis untuk itu.

**MANFAAT PRA-RAWAT INAP** : *biaya* konsultasi *dokter*, scan diagnostik dan tes, *obat-obatan* dan *obat-obatan* yang digunakan sebagai konsekuensi langsung dari *Ketidakkampuan* yang menyebabkan *rawat inap*.

**KELAHIRAN PRA-TERM** : kelahiran anak yang masih hidup sebelum 37 minggu kehamilan selesai.

**BIAYA PROFESIONAL** : *biaya dokter* bedah, *biaya* anestesia, *biaya* ahli gizi, *biaya* perawatan umum, *biaya fisioterapis*, *biaya* terapis bicara dan *biaya dokter* yang hadir.

**WAJAR DAN LAZIM** : jumlah yang sebanding dengan yang dibebankan oleh orang lain yang sama berdiri profesional di wilayah yang sama, untuk kelas yang sama dari kamar *rumah sakit*, untuk orang yang sama jenis kelamin dan usia, untuk *Ketidakkampuan* serupa, tanpa memperhatikan kemampuan untuk membayar atau ketersediaan atau kecukupan asuransi. Apabila *Tertanggung* asuransi menginap di kamar *rumah sakit* di atas tingkat kamar *rumah sakit* yang tertera pada *tabel manfaat*, *biaya* yang *wajar dan lazim* akan terbatas pada *biaya* yang sebanding untuk ruang kelas tertinggi tempat *Tertanggung* asuransi ditanggung.

**BEDAH REKONSTRUKTIF** : *pembedahan* dilakukan untuk memperbaiki fungsi atau munculnya struktur abnormal tubuh yang disebabkan oleh *Ketidakkampuan*.

**REFERRAL** : Tanggal, Surat tertulis atau catatan dari seorang *dokter* yang menghadiri sebelum dimulainya pengobatan mengidentifikasi *Anda*, *Ketidakkampuan* untuk diperlakukan dan alasan untuk pengobatan.

**PUSAT REHABILITASI** : Sebuah fasilitas yang secara khusus dilisensikan untuk merawat orang-orang yang menderita penyakit saraf, muskuloskeletal, ortopedi, dan kondisi medis serius lainnya dan belum dapat merawat diri mereka sendiri di rumah. Itu harus :

- Unit dalam *rumah sakit* atau fasilitas terpisah yang memiliki akomodasi untuk pasien tempat tidur;
- Diorganisir untuk menyediakan program rehabilitasi intensif untuk pasien *rawat inap*;
- di bawah pengawasan *dokter*; dan
- Staf penuh waktu oleh perawat yang bekerja di bawah pengawasan seorang perawat Terdaftar.

**PERAWATAN REHABILITASI** : Pengobatan setelah *Ketidakkampuan* setelah dirujuk oleh spesialis yang hadir untuk mengembalikan bentuk normal / mendekati bentuk atau fungsi normal ke tubuh. Selain *biaya* kamar dan makan dan perawatan umum, *biaya* tambahan berikut yang dikeluarkan saat dirawat di *pusat rehabilitasi* akan ditanggung berdasarkan manfaat ini:

- biaya* terapi okupasi
- biaya* kamar perawatan khusus
- biaya* terapi wicara

Layanan *pusat rehabilitasi* harus disertifikasi oleh spesialis jika diperlukan secara medis. Faktor-faktor yang harus dipertimbangkan dalam membuat sertifikasi tersebut harus mencakup, tetapi tidak terbatas pada,

- Jenis dan tingkat keparahan *penyakit* atau *cedera*, dan keseluruhan status kesehatan dan riwayat perawatan *tertanggung* orang tersebut;
- Jumlah terapi yang diharapkan dilakukan setiap hari;
- Risiko kerusakan atau tidak pulihnya fungsi jika terapi tidak selesai; dan
- Sejauh mana *tertanggung* akan dapat melakukan kegiatan hidup sehari-hari selama periode rehabilitasi. Berhak untuk meminta otorisasi ulang layanan pusat rehabilitasi kapan saja setelah pemberitahuan kepada *tertanggung*.

**PENYAKIT MENULAR SEKSUAL** : *Penyakit* yang diklasifikasikan sebagai infeksi dengan cara penularan yang didominasi seksual dalam Klasifikasi *Penyakit* Internasional 10 Revisi (versi 2010).

**PENGobatan STEM SEL** : Pengobatan untuk *Ketidakkampuan* di mana keuntungan langsung dibandingkan dengan bentuk perawatan lainnya dapat diidentifikasi dan diverifikasi oleh *kami*. Itu tidak termasuk perawatan pencegahan.

**SUDDEN ILLNESS ATAU CEDERA**: Baik

- Ketidakkampuan* yang terjadi secara keseluruhan dan eksklusif selama 30 *hari perjalanan* pertama dari setiap perjalanan di luar area pertanggungannya *Anda*; atau
- Ketidakkampuan* yang ada sebelum perjalanan di luar area pertanggungannya *Anda* yang tidak memerlukan saran apa pun (selain tindak lanjut rutin), perawatan atau obat baru / yang diubah dalam 30 hari sebelum waktu *Anda* memulai perjalanan *Anda*.

Dalam kasus *cedera*, kecelakaan harus terjadi selama perjalanan di mana perawatan diperoleh. *Penyakit* atau *cedera* mendadak tidak termasuk *Ketidakkampuan* yang gejalanya ada sebelum awal perjalanan dan yang akan menyebabkan orang yang masuk akal untuk mencari perawatan medis, dan itu tidak termasuk kehamilan atau *komplikasi kehamilan*.



- S** **SURGERY** : Cutting or destruction of tissue performed by a *physician* involving the use of surgical instruments, ultrasound, heat, cold, or radiation. It also includes reduction of broken bones or manipulation of a joint under anaesthesia, when performed by a *physician*.
- S** **SURGICAL IMPLANTS** : A device or devices which are surgically implanted to form a permanent or long-term part of the body but does not include *external prosthesis*.
- T** **TERMINAL ILLNESS** : An *illness* that is approaching its final stages, will lead to death and for which treatment can no longer be expected to cure.
- T** **TRAVEL DAYS** : Successive 24-hour periods between the time *you* first arrive at an international border of a country outside *your country of residence*, and the time *you* next arrive at an international border of a country within *your* area of cover.
- T** **TERRORIST ACT** : An act, or acts, of any person, or group(s) of persons, committed for political, religious, ideological or similar purposes with the intention to influence any government and/or to put the public, or any section of the public, in fear. Terrorist act can include, but not be limited to, the actual use of force or violence and/or the threat of such use. Furthermore, the perpetrators of a terrorist act can either be acting alone, or on behalf of, or in connection with any organisation(s) or government(s).
- U** **UNITED STATES OF AMERICA (USA)** : The United States of America (including its territories and possessions).
- W** **WAR** : *War*, whether declared or not, or any warlike activities, including use of military force by any sovereign nation to achieve economic, geographic, nationalistic, political, racial, religious or other ends.
- W** **WE, US, OUR, INSURER** : PT. Asuransi Artarindo
- Y** **YOU, YOUR** : The *policyholder* and/or his or her *dependants* named on the *namelist*.

- **PEMBEDAHAN** : pembedahan atau penghancuran jaringan yang dilakukan oleh *dokter* yang melibatkan penggunaan instrumen bedah, ultrasound, panas, dingin, atau radiasi. Ini juga mencakup pengurangan patah tulang atau manipulasi sendi di bawah anestesi, ketika dilakukan oleh *dokter*.
- **IMPLAN BEDAH** : Alat atau perangkat yang ditanam secara operasi untuk membentuk bagian permanen atau jangka panjang dari tubuh tetapi tidak termasuk *prostesis eksternal*.
- **PENYAKIT TERMINAL** : Suatu *penyakit* yang mendekati tahap akhir, akan menyebabkan kematian dan untuk itu pengobatan tidak lagi dapat diharapkan untuk disembuhkan.
- **HARI PERJALANAN** : Periode 24 jam berturut-turut antara saat pertama kali *Anda* tiba di perbatasan internasional suatu negara di luar negara tempat tinggal *Anda*, dan waktu berikutnya *Anda* tiba di perbatasan internasional suatu negara di dalam wilayah pertanggung jawaban *Anda*.
- **TINDAKAN TERORIS** : Suatu tindakan, atau tindakan, dari siapa pun, atau sekelompok orang, yang dilakukan untuk tujuan politik, agama, ideologis, atau sejenisnya dengan maksud untuk mempengaruhi pemerintah dan / atau untuk menempatkan publik, atau bagian dari publik, dalam ketakutan. *Tindakan teroris* dapat mencakup, tetapi tidak terbatas pada, penggunaan kekerasan atau kekerasan yang sebenarnya dan / atau ancaman penggunaan tersebut. Lebih jauh, para pelaku *tindakan teroris* dapat bertindak sendiri, atau atas nama, atau sehubungan dengan organisasi atau pemerintah.
- **AMERIKA SERIKAT AMERIKA (AS)** : Amerika Serikat (termasuk wilayah dan harta miliknya).
- **PERANG** : *Perang*, apakah dinyatakan atau tidak, atau kegiatan seperti *perang*, termasuk penggunaan kekuatan militer oleh negara berdaulat untuk mencapai ekonomi, geografis, nasionalistik, politik, ras, agama atau tujuan lainnya.
- **KAMI, INSURER** : PT. Asuransi Artarindo
- **ANDA** : Pemegang *polis* dan / atau tanggungannya yang disebutkan pada *tabel nama*



For more information, contact your insurance consultant :

Underwritten by:

**PT. Asuransi Artarindo**  
Gedung Hermina Tower Lt. 12,  
Jl. HBR Motik Blok B-10 Kav. 4  
Gunung Sahari Selatan, Kemayoran,  
Jakarta Pusat 10610  
Tel: (+62) 21 3971 0999 | Fax: (+62) 21 3971 1001

Arranged and administered by:

**APRIL Singapore Pte Ltd**  
Co. Reg. No. 200613924G  
31 Boon Tat Street #02-01  
Singapore 069625  
Tel: (+65) 6736 0057 | Fax: (+65) 6222 4473  
Email: [contact.sg@april.com](mailto:contact.sg@april.com)



Terdaftar dan  
diawasi oleh

