



Panduan Manfaat

**Rencana Pelayanan Kesehatan untuk Anda dan keluarga Anda
Plan untuk Indonesia**
Berlaku sejak 1 November 2022

Selamat datang

International health insurance plan untuk Indonesia diberikan melalui kemitraan kami dengan Allianz Care. Anda dan keluarga Anda bisa mengandalkan kami untuk memberikan akses untuk mendapat layanan sebaik mungkin.

Panduan ini terdiri dari dua bagian: "Cara memanfaatkan santunan Anda" adalah ringkasan dari semua informasi penting yang Anda mungkin gunakan secara rutin. "Syarat dan ketentuan santunan Anda" menerangkan santunan Anda dengan lebih lengkap.

Untuk membuat rencana pelayanan kesehatan internasional yang terbaik, silakan membaca panduan ini beserta Sertifikat Asuransi dan Daftar Manfaat Anda.

Cara menggunakan santunan Anda

Layanan dukungan	5
Memahami cara kerja santunan Anda	16
Mencari perawatan?	20
Informasi tambahan tentang mengeklaim biaya Anda	25

Syarat dan ketentuan santunan Anda

Administrasi polis Anda	29
Pembayaran premi	35
Berikut ketentuan yang juga berlaku untuk polis Anda	37
Perlindungan data	40
Prosedur penyelesaian pengaduan dan perselisihan	41
Definisi	43
Pengecualian	52

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

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

Cara menggunakan santunan Anda



Layanan dukungan

Kami yakin bisa memberikan Anda layanan berkualitas tinggi yang layak Anda dapatkan. Pada halaman berikutnya kami menggambarkan semua layanan yang kami tawarkan. Baca terus untuk mengetahui apa yang tersedia untuk Anda, mulai dari Layanan Digital MyHealth hingga Expat Assistance Programme.

Hubungi kami, kami dengan senang hati membantu!

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

Helpline



Telepon: +60 3 92127820

Untuk daftar terbaru nomor bebas biaya, silakan kunjungi:

www.allianzcare.com/en/pages/toll-free-numbers.html



Email: asia.helpline@allianz.com

Tahukah Anda...

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

Layanan Digital MyHealth

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

Fitur aplikasi dan fitur portal online MyHealth



Polis saya

Mengakses dokumen polis Anda dan kartu keanggotaan yang aktif.



Klaim saya

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



Kontak saya

Mengakses Helpline multilingual kami 24/7. Live chat juga tersedia (hanya dalam Bahasa Inggris dan portal online).



Pemeriksaan gejala

Dapatkan penilaian gejala Anda dengan cepat dan mudah.



Penemu penyedia

Temukan penyedia medis terdekat.



Bantuan farmasi

Mencari nama lokal merek obat yang sama.



Penerjemah istilah medis

Menerjemahkan nama penyakit umum ke dalam 17 bahasa.



Kontak darurat

Akses nomor darurat lokal di seluruh dunia.

Fitur-fitur bermanfaat tambahan

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

Semua data pribadi di Layanan Digital MyHealth dienkripsi untuk perlindungan data.

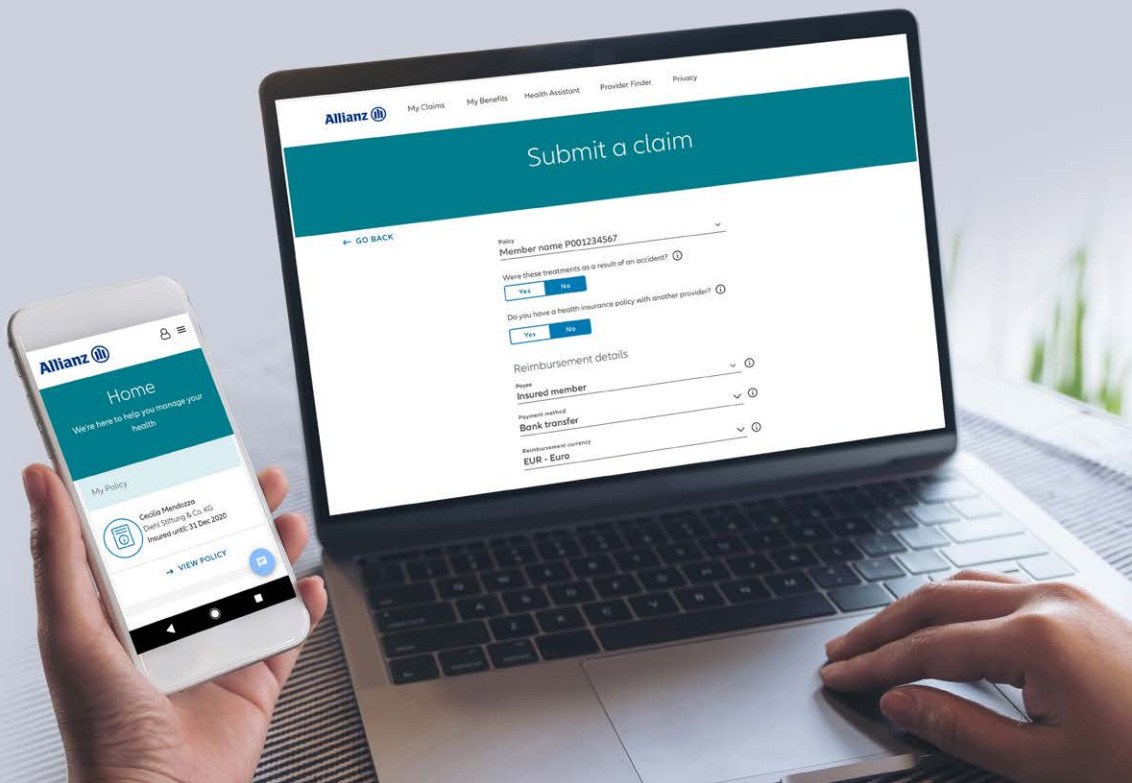
Mulai:

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



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

Untuk informasi lebih lanjut, silakan mengunjungi www.allianzcare.com/en/myhealth.html



Layanan berbasis web

Di www.allianzcare.com/members Anda bisa:

- Mencari penyedia medis (Anda tidak dibatasi untuk menggunakan penyedia yang terdaftar di direktori kami)
- Mengunduh formulir
- Mengakses Panduan Kesehatan kami
- Mengakses hub "My expat life" kami – dari perencanaan untuk pindah, hingga menetap di negara baru, Anda akan menemukan semua yang Anda harus tahu tentang pindah ke luar negeri

Second Medical Opinion**

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

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

Untuk mengakses layanan kami, silakan menghubungi kami:

 + 353 1 630 1301

 medical.smo@allianz.com

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



Olive – Program dukungan Health & Wellness Allianz Care

Langkah pertama Anda menuju hidup yang lebih sehat.

Di dunia yang kian sibuk dan terus berubah ini, kami mengakui pentingnya untuk tetap sehat dan kami sangat yakin bahwa mencegah lebih baik daripada mengobati. Olive**, mesin layanan proaktif kami, dibuat untuk memberi motivasi dan mengarahkan Anda menuju hidup yang lebih sehat. Mesin ini berisi hub Health and Wellness dan aplikasi HealthSteps kami.

1. Hub Health and Wellness

Hub Health & Wellness kami, bisa diakses melalui Layanan Digital MyHealth (aplikasi ponsel dan portal), menawarkan berbagai layanan yang disatukan dalam satu wadah yang mudah untuk mendukung perjalanan Anda menuju hidup yang panjang, bahagia dan sehat.

Di Hub ini Anda bisa mengakses:

- Tips dan artikel tentang topik-topik seperti tidur, kebugaran, nutrisi, dan kesejahteraan emosional.
- Penilaian kesehatan online**.
- Kalkulator IMT kami.
- Webinar health dan wellness langsung kami setiap bulan, dengan sesi Tanya Jawab, yang disampaikan oleh spesialis.



2. Aplikasi HealthSteps**

Tahukah Anda bahwa dengan menjaga gaya hidup sehat, Anda bisa mengurangi risiko mengalami kondisi medis? Aplikasi HealthSteps Allianz dibuat untuk memberi panduan pribadi dan membantu Anda mencapai tujuan kesehatan dan kebugaran Anda. Dengan terhubung ke ponsel cerdas, perangkat yang bisa dipakai dan aplikasi lain, HealthSteps memonitor jumlah langkah yang diambil, kalori yang dibakar, jadwal tidur dan banyak lagi.

Fitur HealthSteps:



Rencana

Pilih tujuan sehat dan gunakan rencana tindakan untuk memilih dan menjaga kebiasaan kesehatan yang baik:

- Menurunkan berat badan
- Memperbaiki bentuk tubuh
- Tidur yang lebih baik
- Makan yang sehat
- Bergerak dan bersemangat
- Tetap sehat
- Mengurangi stres
- Menurunkan tekanan darah



Tantangan

Ikuti tantangan setiap bulan dan dapatkan motivasi dari pengguna HealthSteps lain dengan membagikan kinerja Anda dan saling berkompetisi satu sama lain dalam tantangan grup. Tantangan-tantangan ini berdasar pada langkah, kalori dan jarak.



Kemajuan

Terhubung dengan pelacak kesehatan dan kegiatan yang populer dan memonitor kemajuan dari tujuan yang Anda buat untuk diri sendiri.



Pustaka

Mengakses artikel dan mendapatkan tips dan saran tentang cara hidup dan menjaga hidup sehat.

Unduh aplikasi "Allianz HealthSteps" dari App Store atau Google Play.



Layanan konsultasi Video via Telehealth Hub**

Jika rencana Rawat jalan termasuk dalam santunan Anda, Anda memiliki akses langsung untuk janji temu dokter online (layanan konsultasi video) apabila penyedia tersedia di lokasi wilayah Anda.

Dengan Telehealth Hub, Anda bisa menghemat waktu dengan menemui dokter melalui video dari kenyamanan rumah atau kantor Anda sendiri. Memberikan layanan yang aman dan rahasia, jaringan dokter telehealth kami bisa memberi saran medis, merekomendasikan perawatan dan memberi resep untuk masalah nondarurat.

Layanan ini dapat diakses melalui portal MyHealth atau langsung melalui platform TeleHealth kami di:

 www.allianzcare.com/telehealthhub

Janji temu untuk berbicara dengan dokter dalam Bahasa Inggris bisa dilakukan, sesuai dengan ketersediaan. Beberapa penyedia pihak ketiga mungkin menawarkan layanan ini dalam bahasa lain.

Layanan telekonsultasi juga bisa memberikan resep, tergantung pada lokasi wilayah Anda, peraturan negara setempat dan santunan rencana asuransi.

Negara-negara di mana layanan telekonsultasi belum tersedia, Anda bisa menghubungi helpline saran medis kami 24/7 – layanan ini tersedia dalam Bahasa Inggris, Jerman, Prancis dan Italia. Tersedia nomor telepon TeleHealth Hub.



Expat Assistance Programme (EAP)**

Saat situasi yang menantang terjadi dalam kehidupan atau pekerjaan, Expat Assistance Programme kami memberi Anda dan tanggungan Anda dukungan langsung dan rahasia. EAP, jika tersedia, tercantum dalam Daftar Manfaat Anda.

Layanan profesional ini tersedia 24/7 dan memberikan dukungan multilingual untuk berbagai tantangan, termasuk:

- Keseimbangan Pekerjaan/Kehidupan
- Keluarga/Pola Asuh Anak
- Hubungan
- Stres, depresi, rasa cemas
- Tantangan di tempat kerja
- Transisi lintas budaya
- Gegar budaya
- Menghadapi isolasi dan kesendirian
- Masalah kecanduan

Layanan dukungan meliputi:



Konseling profesional konfidensial

Dapatkan dukungan 24/7 dari penasihat klinis melalui obrolan online langsung, tatap muka, telepon, video atau email.



Dukungan peristiwa kritis

Dapatkan dukungan peristiwa kritis langsung selama mengalami trauma atau krisis. Beberapa pendekatan kami yang komprehensif memberikan stabilisasi dan mengurangi stres terkait kejadian trauma atau kekerasan.



Layanan rujukan hukum dan keuangan

Apakah untuk membantu membeli rumah, menangani sengketa hukum atau membuat rencana keuangan yang komprehensif, kami akan menghubungkan Anda pada penasihat pihak ketiga yang bisa menjawab pertanyaan Anda dan mencapai tujuan Anda.



Akses situs web dan aplikasi wellness

Dapatkan dukungan, alat dan artikel secara online untuk bantuan dan saran kesehatan dan kesejahteraan.

Biarkan kami membantu:

 +1 905 886 3605

Ini bukan nomor telepon gratis. Jika Anda memerlukan nomor lokal, silakan mengakses situs web wellness dan Anda akan menemukan semua daftar 'Nomor Internasional' kami.

Panggilan Anda dijawab oleh agen berbahasa Inggris, tetapi Anda bisa minta untuk berbicara dengan agen yang berbahasa lain. Jika agen tidak tersedia dalam bahasa yang Anda inginkan, kami akan mengusahakan layanan interpreter.

 <https://www.allianzcare.com/eap-login> (tersedia dalam Bahasa Inggris, Prancis dan Spanyol)

 Unduh aplikasi Lifeworks di Google Play atau Apple Store:



Login ke situs web atau aplikasi menggunakan informasi berikut:

Nama pengguna: AllianzCare

Kata sandi: Expatriate

Travel Security Services**

Ketika dunia terus mengalami peningkatan ancaman keamanan, Travel Security Services (Layanan Keamanan Perjalanan) memberikan akses 24/7 untuk informasi keamanan pribadi dan saran untuk pertanyaan keamanan perjalanan - melalui telepon, email atau situs web. Daftar Manfaat Anda menunjukkan apakah rencana Anda mencakup layanan-layanan ini.

Anda bisa mengakses:



Hotline bantuan keamanan darurat

Berbicara dengan spesialis keamanan tentang masalah keamanan terkait destinasi perjalanan.



Saran inteligensi dan keamanan negara

Informasi dan saran keamanan tentang banyak negara.




Pembaruan berita keamanan dan email peringatan keselamatan perjalanan harian

Daftar dan dapatkan peringatan tentang kejadian berisiko tinggi di atau di dekat lokasi Anda sekarang, termasuk terorisme, ketegangan masyarakat dan risiko cuaca ekstrem.

Untuk mengakses situs web desktop Crisis24 Horizon, masuk ke <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>, tambahkan alamat email Anda dan pilih Buat Akun. Masukkan informasi Anda dan tambahkan ID Anggota ALLIANZTSS**

Untuk mengakses aplikasi ponsel Crisis24 Horizon, unduh versi Android atau iOS di perangkat ponsel Anda (Anda juga bisa mencari Crisis24 Horizon di salah satu store), lalu **masuk** menggunakan email (nama pengguna) dan sandi yang Anda buat di atas. Anda juga bisa langsung mendaftar di aplikasi ponsel menggunakan ID Anggota.

 <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>

 Unduh aplikasi Crisis24 Horizon dari App Store atau Google Play.



Semua Layanan Travel Security tersedia dalam bahasa Inggris. Kami bisa mengusahakan agar Anda bisa menggunakan interpreter jika diperlukan.

*** Layanan tertentu yang mungkin dimasukkan dalam rencana Anda diberikan oleh penyedia pihak ketiga, di antaranya Expat Assistance Programme, layanan Travel Security, aplikasi HealthSteps, layanan Second Medical Opinion dan layanan obat online. Jika termasuk dalam rencana Anda, layanan-layanan ini akan tercantum dalam Daftar Manfaat Anda. Layanan-Layanan ini tersedia untuk Anda sesuai dengan persetujuan Anda atas syarat dan ketentuan polis Anda dan syarat dan ketentuan pihak ketiga. Layanan-layanan ini disesuaikan dengan pembatasan wilayah. Aplikasi HealthSteps tidak memberikan saran medis atau kesehatan dan sumber daya wellness yang terdapat dalam Olive hanya bersifat informasi. Aplikasi HealthSteps dan sumber daya wellness yang terdapat dalam Olive bukan sebagai pengganti saran profesional (medis, fisik atau psikologi). Dan juga bukan pengganti diagnosis, perawatan, penilaian atau pelayanan yang Anda perlukan dari dokter Anda. Anda memahami dan menyetujui bahwa penanggung, perusahaan reasuransi dan administrator tidak bertanggung jawab atau menanggung klaim, kehilangan atau kerusakan, baik secara langsung atau tidak langsung sebagai akibat dari penggunaan Anda atas layanan pihak ketiga ini.*



Memahami cara kerja santunan Anda

Untuk apa saya dilindungi?

Anda dan tanggungan Anda dilindungi dengan perawatan yang diperlukan secara medis dan biaya, layanan dan persediaan terkait yang timbul karena terjadinya atau memburuknya kondisi medis, yang sesuai dengan Daftar Manfaat Anda. Dalam cakupan polis Anda, Anda dilindungi dengan perawatan medis, biaya, layanan atau persediaan yang:

- Kami anggap diperlukan secara medis, sesuai untuk kondisi, penyakit atau cedera pasien.
- Memiliki tujuan paliatif, kuratif dan/atau diagnostik.
- Dilakukan oleh dokter, dokter gigi atau terapis berlisensi.

Santunan Anda juga disesuaikan dengan:

- Definisi dan pengecualian polis (juga tersedia dalam panduan ini).
- Setiap kondisi khusus yang tercantum pada Sertifikat Asuransi Anda (dan pada Formulir Kondisi Khusus yang dikeluarkan sebelum polis berlaku, jika sesuai).
- Setiap endorsement polis, syarat dan ketentuan polis ini dan persyaratan hukum lainnya.
- **Biaya yang wajar dan biasa** – biaya ini biasa di negara tempat menjalani perawatan. Kami hanya akan mengganti penyedia medis dengan biaya yang sesuai dengan standar dan prosedur medis yang umum diterima. Jika kami menganggap klaim tidak sesuai, kami berhak untuk menolak atau mengurangi jumlah yang kami bayarkan.

Jika Anda tidak yakin apakah perawatan medis yang Anda rencanakan ditanggung dalam rencana Anda, silakan menghubungi Helpline kami.

Di mana saya bisa mendapat perawatan?

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

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

Jika perawatan yang diperbolehkan tidak tersedia di tempat ini dalam keadaan darurat, dan santunan Anda mencakup manfaat evakuasi, kami juga akan menanggung biaya perjalanan ke fasilitas medis terdekat yang sesuai. Untuk mengklaim biaya medis dan perjalanan yang timbul dalam keadaan ini, Anda harus mengisi dan mengirim Treatment Guarantee Form sebelum melakukan perjalanan.

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

Apa itu limit manfaat?

Santunan Anda disesuaikan dengan **manfaat rencana maksimum**. Ini jumlah maksimum yang kami akan bayarkan untuk semua manfaat yang termasuk dalam rencana per anggota, per Tahun Asuransi.

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

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

Limit manfaat bisa diberikan menurut "per Tahun Asuransi", menurut "per klaim (diagnosis) per tahun, menurut "seumur hidup" atau menurut "per kejadian" (seperti per perjalanan, per kunjungan atau per kehamilan).

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

Limit manfaat untuk melahirkan

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

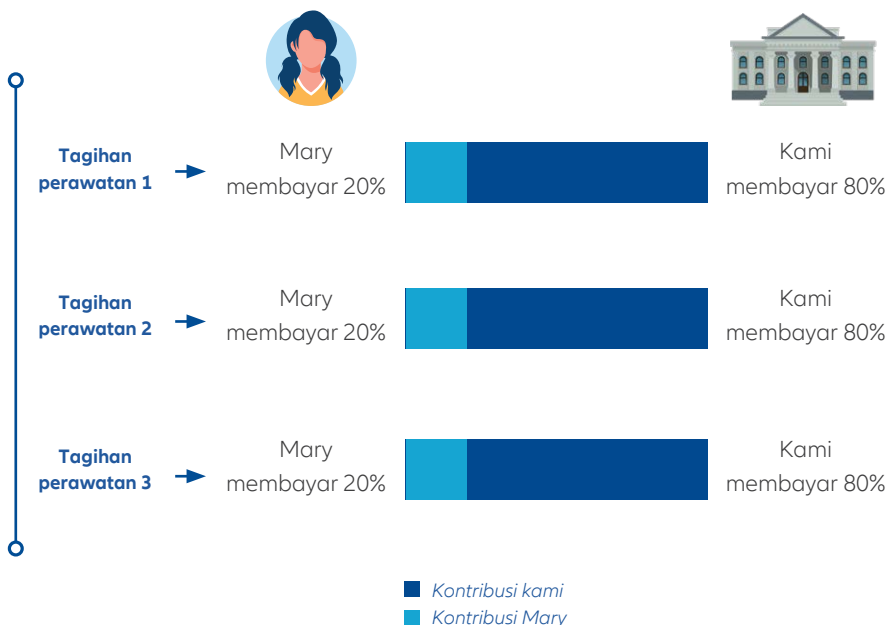
Jika manfaat melahirkan Anda dibayarkan menurut "per kehamilan"

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

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

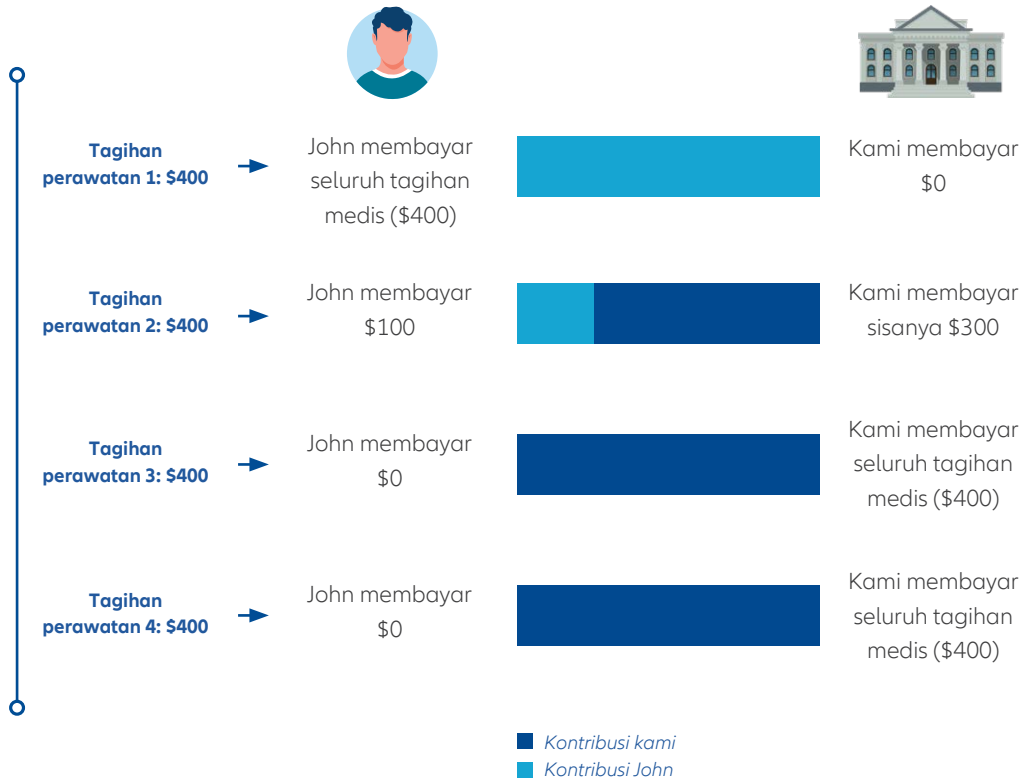
Apa itu co-payment (pembayaran bersama)?

Co-payment adalah jumlah persentase biaya yang Anda harus bayar. Daftar Manfaat Anda akan menunjukkan apakah ini berlaku untuk rencana Anda. Pada contoh berikut, Mary memerlukan perawatan gigi beberapa kali selama setahun. Manfaat perawatan giginya dengan co-payment 20%, yang berarti bahwa kami akan membayar 80% dari biaya tiap perawatan yang diperbolehkan. Seluruh jumlah yang dibayar oleh kami harus sesuai dengan limit manfaat maksimum.



Apa itu deductible?

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



Mencari perawatan?

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

Periksa tingkat santunan Anda

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

Beberapa perawatan memerlukan persetujuan kami sebelumnya

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

Kecuali kita setuju sebaliknya, jika Anda membuat klaim tanpa mendapatkan persetujuan kami sebelumnya, maka kami berhak menolak klaim Anda.

Jika Anda melakukan pembayaran langsung rumah sakit, klinik atau fasilitas medis lain dalam jaringan medis kami dan kemudian kami memutuskan bahwa klaim Anda tidak memenuhi syarat, maka kami berhak mendapat kembali seluruh jumlah klaim dari Anda. Jika kami membayar klaim, itu bukan berarti penerimaan kewajiban kami untuk klaim atau konfirmasi bahwa kami akan membayar biaya tambahan untuk kondisi medis yang sama atau kondisi medis terkait.

Jika kami memutuskan bahwa klaim yang kami telah setuju tidak memenuhi syarat, kami tidak akan membayar klaim tersebut. Jika kami telah membayarkan setiap biaya, Anda harus membayar kembali kepada kami dalam 14 hari atau kami bisa mencabut praotorisasi terkait, membatalkan rencana Anda dan menahan premi. Jika Anda ingin kami meninjau kembali klaim yang kami tolak, Anda harus membuktikan bahwa klaim tersebut ditanggung dalam rencana.

Mendapatkan pelayanan rawat inap (persetujuan sebelumnya berlaku)



Unduh Treatment Guarantee Form dari situs web kami:
www.allianzcare.com/en/support/member-resources.html



Isi formulir dan kirim ke kami minimal **lima hari kerja sebelum** perawatan. Anda bisa mengirim formulir melalui email, faks atau kirim ke alamat yang tercantum pada formulir.



Kami menghubungi rumah sakit untuk mengatur pembayaran tagihan Anda secara langsung, jika memungkinkan.

Jika ini kondisi darurat

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

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

Kami juga akan mengisi informasi Treatment Guarantee Form melalui telepon jika perawatan dilakukan dalam 72 jam. Harap dicatat bahwa kami bisa menolak klaim Anda jika tidak ada persetujuan sebelumnya, jika diperlukan.

Mengeklaim biaya untuk rawat jalan, kesehatan gigi, dan biaya lain

Jika perawatan Anda tidak memerlukan persetujuan sebelumnya, Anda cukup membayar tagihan dan mengeklaim biaya tersebut dari kami. Dalam hal ini, ikuti langkah-langkah berikut:



Dapatkan perawatan medis dan bayar ke penyedia medis.



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



Klaim kembali biaya yang diperbolehkan melalui aplikasi atau portal online MyHealth (www.allianzcare.com/en/myhealth.html).

Cukup masukkan beberapa informasi utama, tambah tagihan Anda dan tekan 'kirim'.



Pemrosesan klaim yang cepat

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

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

Evakuasi dan repatriasi

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

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

☎ +60 3 92127820

@ Asia.medical@allianz.com



Mencari perawatan di AS

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

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

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

Informasi tambahan tentang mengeklaim biaya Anda

Klaim medis

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

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

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

- **Mata uang:** Tentukan mata uang yang Anda ingin dibayarkan. Pada kesempatan tertentu, kami mungkin tidak bisa melakukan pembayaran dengan mata uang tersebut karena peraturan perbankan internasional. Jika hal ini terjadi, kami akan memberitahukan mata uang alternatif yang sesuai. Jika kami harus melakukan konversi dari satu mata uang ke mata uang lain, kami akan menggunakan nilai tukar yang berlaku pada tanggal tagihan itu dikeluarkan, atau pada tanggal kami membayar klaim Anda.

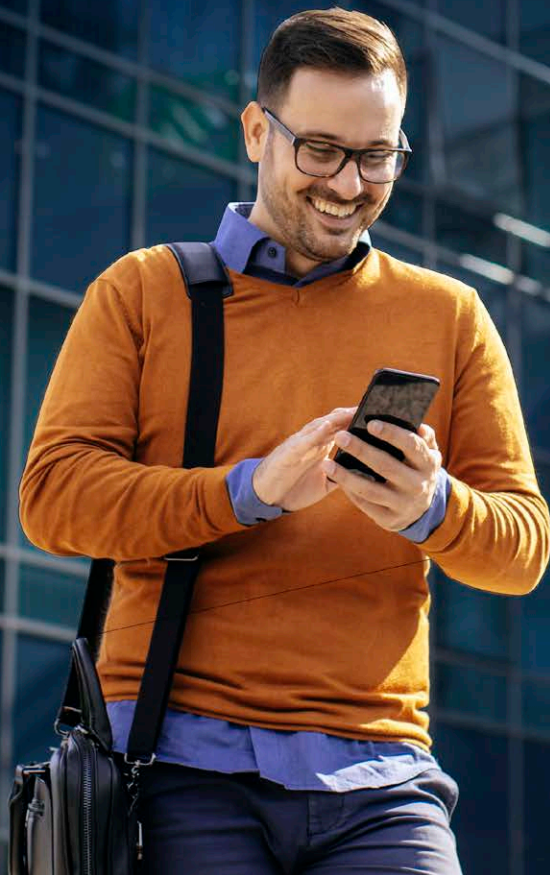
Harap dicatat bahwa kami berhak untuk memilih nilai tukar mata uang yang berlaku.

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

Perawatan diperlukan karena kesalahan orang lain

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

Syarat dan ketentuan santunan Anda



Syarat dan ketentuan

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

Polis asuransi kesehatan Anda adalah kontrak tahunan antara kami dan tertanggung yang disebutkan dalam Sertifikat Asuransi. Kontrak ini terdiri dari:

- **Benefit Guide/Panduan Manfaat** (dokumen ini), yang menjelaskan manfaat standar dan aturan polis asuransi kesehatan Anda. Dokumen ini harus dibaca bersama dengan Sertifikat Asuransi dan Daftar Manfaat Anda.
- **Insurance Certificate (Sertifikat Asuransi)**. Sertifikat ini menguraikan rencana yang dipilih, tanggal dimulai dan tanggal perpanjangan polis (dan tanggal efektif saat menambahkan tanggungan), dan wilayah geografis cakupan. Jika ada ketentuan lain berlaku khusus untuk santunan Anda, ketentuan tersebut akan dijelaskan dalam Sertifikat Asuransi. Ketentuan tersebut juga akan dijelaskan dengan lengkap pada Special Conditions Form yang kami kirimkan kepada Anda sebelum Anda diberi santunan. Kami akan mengirimkan kepada Anda Sertifikat Asuransi yang diperbarui jika Anda meminta perubahan yang kami setujui, seperti menambah tanggungan, atau jika kami menerapkan perubahan yang menjadi hak kami.
- **Daftar Manfaat**. Daftar ini memperlihatkan rencana yang dipilih, manfaat yang tersedia untuk Anda, dan menjelaskan manfaat/perawatan yang memerlukan pengajuan Treatment Guarantee Form. Daftar ini menegaskan manfaat dengan limit manfaat khusus, masa tunggu, deductible dan/atau co-payment yang berlaku.
- Informasi yang diberikan kepada kami dari (atau atas nama) tertanggung dalam Application Form yang sudah ditandatangani, Online Application Form yang sudah diajukan, Confirmation of Health Status Form atau lainnya (kami akan menyebut semua ini secara bersama-sama sebagai "formulir permohonan terkait") atau informasi medis pendukung lainnya.

Administrasi polis Anda

Kapan santunan dimulai

Saat Anda menerima Sertifikat Asuransi Anda, ini adalah konfirmasi dari kami bahwa Anda telah diterima dalam polis. Sertifikat ini akan menetapkan tanggal santunan Anda dimulai. Harap dicatat bahwa tidak ada manfaat yang akan dibayarkan di bawah polis Anda sampai premi pertama dibayar, dengan premi berikutnya dibayarkan pada saat jatuh tempo.

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

Menambah tanggungan

Anda bisa mengajukan untuk memasukkan anggota keluarga Anda sebagai tanggungan dengan mengisi formulir permohonan terkait. Namun, jika Anda mempunyai polis dengan moratorium, tidak perlu mengisi formulir permohonan. Kami akan menanggung tanggungan sejak tanggal Anda menghubungi kami atau dari tanggal berikutnya yang Anda minta – moratorium baru akan berlaku untuk tanggungan itu.

Bagaimana saya menambahkan bayi baru lahir ke polis saya?

Kirimkan email ke underwriting@allianzworldwidedecare.com dalam empat minggu sejak kelahiran dan lampirkan akta kelahiran. Dengan pengecualian bayi baru lahir karena reproduksi berbantuan medis, bayi dilahirkan dari surogasi, anak adopsi atau anak asuh, kami akan menerima bayi tanpa medical underwriting jika ibu yang melahirkan atau ibu pengganti (dalam hal surogasi) telah diasuransikan dengan kami minimal delapan bulan terus menerus. Santunan akan dimulai saat kelahiran.

Namun, jika bayi berusia kurang dari empat minggu saat Anda menghubungi kami, tetapi kami belum menanggung orang tuanya selama minimal delapan bulan terus menerus maka:

- jika polis Anda dengan moratorium, kami akan (berdasarkan formulir untuk bayi yang sudah diisi) memastikan tanggal yang kami setuju untuk memasukkan bayi dan moratorium baru akan berlaku untuk bayi; atau
- jika polis Anda tidak dengan moratorium, kami akan (berdasarkan formulir permohonan untuk tanggungan yang sudah diisi) menanggung bayi dari tanggal Anda menerima ketentuan yang kami berikan atau menolak untuk memasukkan bayi ke dalam rencana Anda. Jika kami menolak untuk memasukkan bayi tersebut, kami akan menjelaskan alasannya secara tertulis.

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

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

Bagaimana jika saya menambah bayi baru lahir karena reproduksi berbantuan medis, bayi dilahirkan dari surogasi, anak adopsi dan anak asuh?

Bayi baru lahir karena reproduksi berbantuan medis, bayi dilahirkan dari surogasi, anak adopsi dan anak asuh akan ditanggung dan jika diterima, santunan akan dimulai sejak tanggal diterima (untuk polis dengan full medical underwriting) atau sesuai dengan ketentuan moratorium (untuk polis dengan moratorium).

Perubahan pada pemegang polis

Jika ada permintaan pada saat perpanjangan untuk mengubah pemegang polis, pemegang polis pengganti yang diajukan harus mengisi formulir permohonan dan full medical underwriting akan berlaku. Lihat bagian tentang “Kematian pemegang polis atau tanggungan” jika perubahan yang diminta disebabkan oleh kematian pemegang polis.

Kematian pemegang polis atau tanggungan

Kami berharap Anda tidak akan perlu melihat bagian ini; namun, jika pemegang polis atau tanggungan meninggal dunia, beri tahu kami secara tertulis dalam 28 hari.

Jika pemegang polis meninggal dunia, polis akan dihentikan dan akan dilakukan pengembalian premi tahun berjalan secara prorata jika tidak ada pengajuan klaim. Kami boleh meminta akta kematian sebelum pengembalian dana dikeluarkan. Atau, jika mereka menginginkan, nama tanggungan berikutnya pada Sertifikat Asuransi bisa mengajukan untuk menjadi pemegang polis dan tetap mempertahankan tanggungan lain di polis mereka. Jika mereka mengajukan hal ini dalam 28 hari, kami tidak, berdasarkan kebijaksanaan kami, akan menambah pembatasan atau pengecualian khusus lain yang tidak lagi berlaku pada saat kematian pemegang polis.

Jika tanggungan meninggal dunia, mereka akan dihapus dari polis dan pengembalian premi tahun berjalan secara prorata untuk orang tersebut akan dilakukan, jika tidak ada pengajuan klaim. Kami boleh meminta akta kematian sebelum pengembalian dana dikeluarkan.

Mengubah tingkat santunan Anda

Jika Anda ingin mengubah tingkat santunan Anda, silakan menghubungi kami sebelum tanggal perpanjangan polis Anda untuk membicarakan pilihan Anda. Perubahan pada santunan hanya bisa dilakukan pada saat perpanjangan polis. Jika Anda ingin menaikkan tingkat santunan Anda, kami meminta Anda untuk mengisi kuesioner riwayat medis dan/atau untuk menyetujui pengecualian atau pembatasan tertentu santunan tambahan sebelum kami menerima permohonan Anda. Jika kenaikan santunan diterima, jumlah premi tambahan harus dibayarkan dan masa tunggu akan berlaku.

Mengubah negara tempat tinggal

Penting untuk memberi tahu kami jika Anda ingin mengubah negara tempat tinggal Anda. Hal ini mungkin memengaruhi santunan atau premi Anda, meskipun Anda pindah ke negara dalam area wilayah santunan Anda, karena rencana yang sudah ada mungkin tidak berlaku di sana.

Hubungi kami untuk mengecek apakah santunan Anda berlaku di negara di mana Anda akan pindah:

📧 underwriting@allianzworldwidecare.com

Santunan di beberapa negara disesuaikan dengan pembatasan asuransi kesehatan setempat, khususnya untuk warga negara itu. Anda bertanggung jawab untuk memastikan bahwa perlindungan kesehatan Anda sesuai dengan hukum. Jika Anda tidak yakin, silakan dapatkan saran hukum yang independen, karena kami mungkin tidak bisa lagi menanggung Anda. Santunan yang kami berikan bukanlah pengganti untuk kewajiban asuransi kesehatan lokal.

Mengubah alamat surat-menyurat atau alamat email

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

Korespondensi

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

Memperpanjang santunan Anda

Sehubungan dengan "Alasan keanggotaan Anda akan berakhir", polis Anda akan secara otomatis diperpanjang pada akhir tiap Tahun Asuransi, apabila:

- Rencana atau kombinasi rencana yang dipilih masih tersedia
- Kami bisa tetap menyediakan santunan di negara tempat tinggal Anda
- Semua premi ke kami telah dibayarkan
- Perincian pembayaran Anda masih berlaku pada tanggal perpanjangan polis. Beri tahu kami jika kartu kredit Anda baru/diganti atau jika informasi rekening bank Anda telah berubah.

Sebagai bagian dari proses otomatis ini, satu bulan sebelum tanggal perpanjangan, Anda akan menerima Sertifikat Asuransi yang baru beserta informasi perubahan polis. Jika Anda tidak menerima Sertifikat Asuransi Anda satu bulan sebelum tanggal perpanjangan Anda, mohon beri tahu kami.

Perubahan yang kami terapkan pada saat perpanjangan

Kami berhak untuk menerapkan syarat dan ketentuan polis yang direvisi, efektif sejak tanggal perpanjangan. Syarat dan ketentuan polis dan Daftar Manfaat yang ada pada saat perpanjangan akan berlaku selama jangka waktu Tahun Asuransi. Kami dapat mengubah premi, manfaat dan aturan keanggotaan Anda pada tanggal perpanjangan, termasuk cara kami menghitung/menetapkan premi dan/atau cara atau frekuensi pembayaran. Perubahan-perubahan ini hanya akan berlaku sejak tanggal perpanjangan, terlepas dari kapan perubahan itu dibuat dan kami tidak akan menambahkan pembatasan atau pengecualian yang bersifat pribadi untuk santunan anggota terkait kondisi medis yang dimulai setelah polis mereka dimulai, dengan syarat mereka memberikan informasi yang kami minta sebelum dimulai dan mereka belum mengajukan kenaikan tingkat santunan mereka.

Kami akan memberi tahu kepada Anda secara tertulis tentang setiap perubahan. Jika Anda tidak menerima setiap perubahan yang kami buat, Anda dapat mengakhiri keanggotaan Anda dan kami akan menganggap perubahan tersebut tidak pernah dibuat jika Anda mengakhiri keanggotaan Anda dalam 30 hari dari tanggal berlaku perubahan tersebut, atau dalam 30 hari sejak pemberitahuan kami tentang perubahan tersebut, mana yang lebih akhir.

Hak Anda untuk membatalkan

Anda bisa membatalkan kontrak tentang semua tertanggung, atau hanya yang berkaitan dengan satu tanggungan atau lebih, dalam 30 hari sejak menerima seluruh syarat dan ketentuan polis Anda atau dari tanggal awal/perpanjangan polis Anda, mana yang lebih akhir. Harap dicatat bahwa Anda tidak dapat memundurkan pembatalan keanggotaan Anda.

Jika Anda ingin membatalkan, silakan isi formulir “Hak untuk mengubah pikiran Anda” yang termasuk dalam paket welcome/renewal Anda. Anda bisa mengirimkan formulir ini kepada kami melalui email:

@ underwriting@allianzworldwidecare.com

Atau, Anda bisa mengirim formulir ini melalui pos ke Client Services Team (Tim Layanan Klien), menggunakan alamat yang terdapat di bagian belakang panduan ini.

Jika Anda membatalkan kontrak Anda dalam jangka waktu 30 hari, Anda berhak untuk mendapat pengembalian dana penuh dari premi anggota yang sudah dibayarkan untuk Tahun Asuransi yang baru, asalkan tidak ada pengajuan klaim. Jika Anda memilih untuk tidak membatalkan (atau mengubah) polis Anda dalam jangka waktu 30 hari, kontrak asuransi ini akan mengikat kedua pihak dan premi penuh yang belum dibayar untuk Tahun Asuransi yang dipilih akan jatuh tempo untuk dibayar, menurut frekuensi pembayaran yang Anda pilih.

Alasan keanggotaan Anda akan berakhir

Harap diingat bahwa keanggotaan Anda (dan semua orang yang tercatat pada Tahun Sertifikat) akan berakhir:

- Jika Anda tidak membayar premi pada, atau sebelum tanggal jatuh tempo. Namun, kami dapat mengizinkan keanggotaan Anda berlanjut tanpa harus mengisi Confirmation of Health Status Form (Formulir Konfirmasi Status Kesehatan), jika Anda membayar premi yang belum dibayar dalam 30 hari setelah tanggal jatuh tempo.
- Jika Anda tidak membayar IPT, pajak, retribusi atau biaya yang Anda harus bayar menurut perjanjian dengan kami pada atau sebelum tanggal jatuh tempo.
- Karena kematian pemegang polis. Lihat bagian tentang “Kematian pemegang polis atau tanggungan” untuk selengkapnya.
- Jika terdapat bukti yang wajar bahwa pemegang polis atau tanggungan melakukan kecurangan atau berusaha melakukan kecurangan kepada kami. Contohnya: dengan memberi informasi palsu, menyembunyikan informasi kepada kami, atau bekerja sama dengan pihak lain untuk memberi informasi palsu kepada kami - baik disengaja atau tidak disengaja, yang bisa memengaruhi kami ketika memutuskan:
 - apakah kami menerima permohonan santunan
 - premi yang berlaku untuk dibayarkan
 - apakah kami harus membayar klaim

Lihat bagian tentang “Ketentuan berikut juga berlaku untuk santunan Anda” untuk selengkapnya.

- Jika Anda memilih untuk membatalkan polis Anda, setelah memberikan pemberitahuan kepada kami secara tertulis dalam waktu 30 hari sejak menerima seluruh syarat dan ketentuan atau dari tanggal mulai/perpanjangan polis Anda, mana yang lebih akhir. Lihat bagian tentang “Hak Anda untuk membatalkan” selengkapnya.

Jika keanggotaan Anda berakhir karena alasan selain penipuan/kerahasiaan, kami akan mengembalikan premi yang Anda sudah bayarkan yang berkaitan dengan jangka waktu setelah keanggotaan Anda berakhir, dengan pengurangan utang Anda.

Harap dicatat bahwa jika keanggotaan Anda berakhir, santunan tanggungan Anda juga berakhir.

Masa kedaluwarsa polis

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

Pembayaran premi

Premi untuk setiap Tahun Asuransi dibuat menurut usia tiap anggota pada hari pertama Tahun Asuransi, wilayah cakupan mereka, negara tempat tinggal pemegang polis, tarif premi yang berlaku dan faktor risiko lain yang secara materi memengaruhi asuransi.

Dengan menerima santunan, Anda setuju untuk membayar premi yang tercantum pada penawaran Anda, dengan penjelasan cara pembayaran. Anda harus membayar kami di awal untuk jangka waktu santunan Anda. **Premi awal** atau cicilan premi pertama langsung dibayarkan setelah kami menerima permohonan Anda. **Premi selanjutnya** jatuh tempo pada hari pertama jangka waktu pembayaran yang dipilih. Anda dapat memilih antara pembayaran bulanan, triwulan, setengah tahun, atau tahunan tergantung pada cara pembayaran yang Anda pilih. Pada saat Anda menerima tagihan Anda, mohon diperiksa bahwa premi sesuai dengan jumlah yang tercantum pada penawaran yang disetujui dan segera hubungi kami jika terjadi perbedaan. Kami tidak bertanggung jawab atas pembayaran yang dilakukan melalui pihak ketiga.

Anda harus membayar premi Anda dalam mata uang yang Anda pilih ketika mengajukan santunan. Jika Anda tidak bisa membayar premi Anda dengan alasan apa pun, silakan menghubungi kami di:

+60 3 92127820

Perubahan dalam ketentuan pembayaran bisa dilakukan pada saat perpanjangan polis, dengan petunjuk tertulis, yang harus diterima oleh kami minimal 30 hari sebelum tanggal perpanjangan. Kegagalan membayar premi pertama atau premi berikutnya pada waktunya dapat menyebabkan kehilangan santunan asuransi.

Jika premi pertama tidak dibayarkan tepat waktu, kami berhak untuk menarik kontrak selama pembayaran masih belum dibayar. Kontrak asuransi dianggap dibatalkan dan tidak berlaku kecuali kami mengajukan klaim premi ke pengadilan dalam waktu tiga bulan sejak tanggal dimulai, tanggal mulai polis atau akhir kontrak asuransi. Jika premi berikutnya tidak dibayar tepat waktu, kami dapat, secara tertulis dan dengan biaya Anda, menentukan batas waktu tidak kurang dari dua minggu untuk Anda membayar jumlah yang jatuh tempo. Setelah itu, kami dapat langsung mengakhiri kontrak secara tertulis dan akan dibebaskan untuk membayar manfaat.

Akibat pengakhiran akan berhenti jika Anda melakukan pembayaran dalam satu bulan setelah penghentian atau, jika penghentian digabungkan dengan penentuan batas waktu, dalam satu bulan setelah berakhirnya waktu pembayaran, dengan syarat tidak ada klaim yang timbul dalam masa tenggang.

Pembayaran biaya lain

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

- Insurance Premium Tax/Pajak Premi Asuransi (IPT)
- VAT
- Pajak lain, retribusi atau biaya terkait santunan Anda yang kami harus bayar atau tagihkan dari Anda menurut hukum

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

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

Berikut ketentuan yang juga berlaku untuk polis Anda

Hukum yang berlaku: Keanggotaan Anda diatur oleh hukum di Indonesia kecuali diharuskan sebaliknya menurut peraturan hukum yang wajib. Setiap perselisihan yang tidak bisa diselesaikan akan ditangani oleh pengadilan di Indonesia.

Sanksi ekonomi: Santunan tidak diberikan jika bagian dari polis, manfaat, kegiatan atau bisnis atau bisnis dasar melanggar hukum atau peraturan sanksi Perserikatan Bangsa-Bangsa, Uni Eropa yang berlaku atau hukum atau peraturan sanksi ekonomi atau perdagangan yang berlaku.

Jumlah yang akan kami bayarkan: Kewajiban kami kepada Anda terbatas pada jumlah yang tercantum dalam Daftar Manfaat dan endorsement polis. Jumlah yang diganti, apakah menurut polis ini, skema medis publik atau asuransi lain tidak akan melebihi jumlah yang tercantum dalam tagihan.

Siapa yang dapat membuat perubahan pada polis Anda: Tak seorang pun, kecuali perwakilan yang ditunjuk diperbolehkan untuk membuat perubahan pada polis Anda atas nama Anda. Perubahan hanya berlaku saat dikonfirmasi secara tertulis dari kami.

Ketika santunan diberikan oleh orang lain: Kami bisa menolak klaim jika Anda atau tanggungan Anda memenuhi syarat untuk mengeklaim manfaat dari:

- Skema publik
- Polis asuransi lain
- Pihak ketiga yang lain

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

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

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

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

Penipuan:

a) Informasi yang Anda dan tanggungan berikan kepada kami, mis. pada Formulir Permohonan atau dokumen pendukung, harus akurat dan lengkap. Jika informasi tidak benar atau jika Anda tidak memberi tahu kami tentang sesuatu yang mungkin memengaruhi keputusan underwriting kami, itu bisa membatalkan polis Anda sejak tanggal dimulai. Anda juga harus memberi tahu kami tentang kondisi medis yang timbul di antara mengisi Formulir Permohonan dan tanggal berlaku polis. Kondisi medis yang Anda tidak beri tahu kepada kami kemungkinan tidak akan ditanggung. Jika Anda tidak yakin apakah informasi tertentu terkait dengan underwriting, silakan menghubungi kami dan kami akan menjelaskannya. Untuk polis dengan moratorium, santunan moratorium akan berlaku meskipun Anda memberi tahu kepada kami tentang kondisi medis yang sudah ada sebelumnya yang Anda mungkin miliki – kami bisa menerapkan ketentuan baru untuk rencana tersebut, mencabut atau membatalkannya dan/atau mengurangi atau menolak klaim terkait, berdasarkan fakta materi Anda yang baru.

Jika kontrak dianggap tidak berlaku karena pengungkapan atau kerahasiaan fakta materi yang salah, kami akan mengembalikan premi yang dibayarkan dikurangi dengan biaya klaim medis yang sudah dibayar. Jika biaya klaim melebihi saldo premi, kami akan mencari penggantian jumlah ini dari anggota utama.

b) Kami tidak akan membayarkan manfaat untuk klaim jika:

- Klaim itu bohong, menipu atau, sengaja dilebih-lebihkan.
- Anda atau tanggungan Anda atau siapa saja yang bertindak atas nama Anda atau mereka menggunakan cara untuk mendapatkan manfaat di bawah polis ini.

Jumlah klaim yang kami bayarkan kepada Anda sebelum ditemukan tindakan penipuan atau kelalaian akan langsung menjadi tanggung jawab kami. Jika kontrak dianggap tidak berlaku karena klaim bohong, menipu, sengaja dilebih-lebihkan atau jika cara/perangkat penipuan telah digunakan, premi tidak akan dikembalikan, sebagian atau seluruhnya, dan jika ada penyelesaian klaim yang tertunda akan didenda. Dalam hal klaim yang menipu, kontrak akan dibatalkan sejak tanggal penemuan kejadian penipuan.

Pembatalan: Kami akan membatalkan polis jika Anda belum membayar seluruh premi yang jatuh tempo dan terhutang. Kami akan memberikan pemberitahuan kepada Anda tentang pembatalan ini dan kontrak akan dianggap dibatalkan sejak tanggal bahwa pembayaran premi menjadi jatuh tempo dan harus dibayarkan. Namun, jika premi dibayarkan dalam waktu 30 hari setelah jatuh tempo, santunan asuransi akan dikembalikan dan kami akan menanggung klaim yang terjadi selama masa penangguhan. Jika premi yang belum dibayar dibayarkan setelah batas 30 hari, Anda harus mengisi Formulir Confirmation of Health Status sebelum polis Anda dikembalikan kembali, sesuai dengan underwriting.

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

Penggunaan Medi24: Layanan bantuan Medi24 dan informasi dan sumber daya terkait kesehatan sangat membantu, tetapi bukan pengganti saran medis profesional atau untuk pelayanan yang Anda dapatkan dari dokter. Layanan ini tidak untuk digunakan sebagai diagnosis atau perawatan medis dan untuk itu Anda tidak boleh mengandalkan layanan itu. Selalu mencari saran dokter Anda sebelum memulai perawatan baru atau jika Anda mempunyai pertanyaan tentang kondisi medis. Kami tidak bertanggung jawab atau menanggung atas klaim, kehilangan atau kerusakan secara langsung atau tidak langsung karena penggunaan Medi24 atau informasi atau layanan yang diberikan oleh mereka. Panggilan ke Medi24 akan direkam dan mungkin didengarkan untuk tujuan pelatihan, kualitas dan peraturan.

Perlindungan data

Data Protection Notice (Pemberitahuan Perlindungan Data) Allianz Care menerangkan bagaimana kami melindungi privasi Anda dan memproses data pribadi Anda. Anda harus membacanya sebelum mengirimkan data pribadi ke kami. Untuk membaca Pemberitahuan Perlindungan Data kunjungi:

 www.allianzcare.com/en/privacy.html

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

 +60 3 92127820

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

 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Prosedur penyelesaian pengaduan dan perselisihan

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

 +60 3 92127820

 asia.helpline@allianz.com

 Customer Advocacy Team
Allianz Care
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12, Ireland

Kami akan mengatasi pengaduan Anda sesuai dengan prosedur manajemen pengaduan internal kami. Untuk selengkapnya, lihat:

 www.allianzcare.com/complaints-procedure

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

Mediasi

Dalam hal timbul perselisihan antara penanggung dan tertanggung sebagai akibat dari penafsiran atas tanggung jawab atau besarnya ganti rugi dari Polis ini, maka perselisihan tersebut akan diselesaikan melalui forum musyawarah yang dilakukan dalam waktu 60 (enam puluh) hari kalender sejak timbulnya perselisihan. Tanggal perselisihan mulai berlaku sejak tanggal salah satu pihak menyatakan ketidaksepakatannya atas hal yang diperselisihkan.

Apabila penyelesaian perselisihan melalui musyawarah sebagaimana diatur di atas tidak mencapai kesepakatan, maka ketidaksepakatan tersebut harus dinyatakan secara tertulis oleh penanggung dan tertanggung. Selanjutnya Perusahaan harus memilih penyelesaian sengketa di luar pengadilan atau melalui pengadilan dengan memilih salah satu klausul penyelesaian sengketa sebagaimana diatur di bawah ini.

a) **Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa**

Dengan ini dinyatakan dan disepakati bahwa tertanggung dan penanggung akan melakukan penyelesaian sengketa melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa di bawah Otoritas Jasa Keuangan.

b) **Pengadilan**

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

Tindakan hukum

Anda tidak akan mengajukan proses hukum untuk mendapatkan kembali jumlah di bawah polis ini sampai minimal 60 hari setelah klaim diajukan kepada kami dan tidak lebih dari dua tahun sejak tanggal pengajuan, kecuali diharuskan sebaliknya oleh peraturan hukum yang wajib.

Definisi

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

A

AIDS

Biaya medis yang timbul dari, atau berkaitan dengan, Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan/atau penyakit HIV, termasuk Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) atau AIDS Related Complex (ARC) dan/atau derivatif atau variasi mutan dari itu.

Biaya terbatas pada konsultasi pra dan pasca diagnosis, check-up rutin untuk kondisi ini, obat dan perban luka (kecuali percobaan atau yang belum terbukti), biaya akomodasi rumah sakit dan biaya perawatan.

Untuk manfaat ini, pengecualian umum untuk penyakit menular seksual tidak berlaku.

Akomodasi bayi baru lahir

Biaya akomodasi rumah sakit terkait bayi baru lahir (berusia 16 minggu) yang mendampingi ibunya (sebagai anggota) saat ia menjalani rawat inap, setelah pulang dari melahirkan normal.

Akomodasi orang tua

Adalah biaya akomodasi rumah sakit orang tua atau wali hukum yang tinggal bersama anggota yang berusia di bawah 18 tahun dan dirawat di rumah sakit untuk pelayanan rawat inap.

Akomodasi rumah sakit

Adalah akomodasi privat standar atau semiprivat seperti yang tercantum pada Daftar Manfaat - kamar deluxe, kamar eksekutif dan suite tidak ditanggung. Manfaat akomodasi rumah sakit hanya berlaku ketika rawat inap tidak berkaitan dengan manfaat rawat inap lain yang tercantum pada Daftar Manfaat. Misalnya, jika seorang anggota dirawat untuk perawatan kanker, akomodasi

rumah sakit akan ditanggung dalam manfaat onkologi, dan bukan dalam manfaat akomodasi rumah sakit.

Akut

Adalah kondisi medis yang terjadi tiba-tiba, memiliki titik akhir yang pasti, dan kami, dengan saran atau saran umum, menentukan bisa disembuhkan dengan perawatan.

Anda/Milik Anda/Anggota/Tertanggung

Adalah pemegang polis dan tertanggung yang disebutkan pada Sertifikat Asuransi.

B

Bayi baru lahir

Adalah bayi yang berusia 16 (enam belas) minggu setelah kelahiran.

Biaya dokter

Adalah biaya yang dibebankan untuk perawatan nonoperasi yang dilakukan atau diberikan oleh dokter.

Biaya evakuasi dan perjalanan tambahan

Evakuasi anggota dalam keadaan darurat, jika perawatan tidak tersedia di tempat kejadian, ke fasilitas medis terdekat yang sesuai yang ditentukan oleh kami, dengan sarana transportasi yang paling sesuai sebagaimana ditentukan oleh kami, untuk pelayanan rawat inap atau perawatan sehari.

Evakuasi disesuaikan dengan perjanjian tertulis dari kami, sebelum perjalanan dan petunjuk yang dijamin ke kami dari dokter yang merawat atau spesialis termasuk konfirmasi bahwa perawatan yang diperlukan tidak tersedia di tempat kejadian.

Manfaat ini tidak mencakup semua biaya melahirkan dan persalinan kecuali jika ini semua ditanggung di bawah manfaat Komplikasi kehamilan dan persalinan dan setiap biaya pertolongan laut udara atau biaya penyelamatan di gunung yang tidak terjadi di tempat ski yang terkenal atau tempat olahraga musim dingin serupa. Santunan diberikan untuk:

- i) Biaya evakuasi termasuk biaya satu orang yang melakukan perjalanan dengan anggota sebagai pendamping, jika diperlukan secara medis.
- ii) Perjalanan ke dan dari janji temu dokter ketika menjalani perawatan sehari.
- iii) Untuk orang yang mendampingi untuk bepergian ke dan dari rumah sakit untuk mengunjungi anggota setelah rawat inap.
- iv) Tiket pesawat kelas ekonomi untuk memulangkan anggota dan pendamping ke negara tempat tinggal atau ke negara di mana evakuasi dilakukan.
- v) Akomodasi non-rumah sakit untuk anggota dan pendamping untuk periode sebelum dan sesudah rawat inap asalkan anggota dalam perawatan spesialis (limit berlaku, sebagaimana tercantum dalam Daftar Manfaat Anda).

Biaya spesialis

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

Biaya tambahan

Merujuk pada pembelian atau sewa kruk atau kursi roda setelah pelayanan rawat inap atau perawatan sehari.

C

Co-payment

Adalah persentase biaya yang Anda harus bayar. Mis. jika manfaat memberi pengembalian dana sebesar 80%, ini berarti bahwa co-payment sebesar 20% berlaku, sehingga kami akan membayar 80% dari biaya perawatan yang diperbolehkan per tertanggung, per Tahun Asuransi.

CPME/CTT

Adalah Continuous Personal Medical Exclusions dan Continuous Transfer Terms. Akronim ini adalah kelanjutan ketentuan underwriting yang sama, termasuk pengecualian

husus dan/atau biaya tambahan, yang diterapkan dengan penanggung sebelumnya. Anda tidak akan dikenakan untuk ketentuan underwriting pribadi yang baru. Santunan masih akan diatur berdasarkan manfaat, syarat dan ketentuan rencana dengan kami. Ketentuan underwriting dengan kami bisa CPME/CTT yang sebelumnya MORI atau CPME/CTT yang sebelumnya FMU. Lihat definisi 'CPME/CTT yang sebelumnya MORI' dan definisi 'CPME/CTT yang sebelumnya FMU' untuk informasi lebih lanjut.

CPME/CTT yang sebelumnya FMU

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

CPME/CTT yang sebelumnya MORI

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

D

Deductible

Juga disebut sebagai 'kelebihan' dalam asuransi kesehatan. Deductible adalah bagian dari biaya yang harus dibayarkan oleh Anda dan kami mengurangi jumlah yang kami akan bayarkan.

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

Dokter

Adalah orang yang memiliki izin untuk berpraktik menurut hukum negara di mana perawatan diberikan dan di mana mereka menjalankan praktik dalam batas izin mereka.

Dokter gigi

Adalah orang yang memiliki izin dari lembaga izin terkait untuk melakukan praktik gigi di negara di mana perawatan diberikan.

E

Elektif

Adalah rencana perawatan yang diperlukan secara medis, tetapi tidak diharuskan dalam kondisi darurat.

Evakuasi tambahan

Manfaat ini menanggung biaya evakuasi anggota pada keadaan darurat jika perawatan tidak tersedia di tempat kejadian, ke fasilitas medis terdekat yang sesuai, negara tempat tinggal, negara tempat lahir atau negara pilihan anggota untuk tujuan rawat inap atau perawatan sehari, termasuk biaya satu orang yang bepergian dengan anggota sebagai pendamping jika diperlukan secara medis.

Evakuasi disesuaikan dengan perjanjian tertulis dari kami sebelum perjalanan dan petunjuk yang dijamin ke kami dari dokter yang merawat atau spesialis termasuk konfirmasi bahwa perawatan yang diperlukan tidak tersedia di tempat kejadian. Negara pilihan anggota terbatas pada fasilitas medis di tempat yang sesuai dan jika sesuai secara medis menurut kebijaksanaan kami. Opsi ini tidak operatif jika perjalanan dilakukan karena saran penasihat medis kami atau jika negara yang ditunjuk tidak memiliki fasilitas medis yang sesuai untuk mengobati kondisi medis. Penasihat medis kami akan memutuskan sarana transportasi yang paling sesuai untuk evakuasi.

Manfaat ini tidak mencakup biaya pertolongan udara air atau biaya penyelamatan di gunung yang tidak terjadi di tempat ski yang dikenal atau tempat olahraga musim dingin serupa, semua biaya melahirkan dan persalinan kecuali jika ini semua ditanggung di bawah manfaat komplikasi kehamilan dan persalinan, dan perawatan elektif di AS kecuali santunan anggota berlaku di seluruh dunia.

F

Fisioterapi yang ditentukan

Adalah perawatan yang diberikan oleh fisioterapis bersertifikat setelah dirujuk oleh dokter. Fisioterapi (yang ditentukan, atau kombinasi perawatan yang tidak ditentukan dan perawatan yang ditentukan) yang pertama terbatas untuk 10 sesi per kondisi, setelah itu perawatan harus ditinjau oleh dokter yang merujuk Anda. Jika Anda memerlukan sesi lanjutan, Anda harus mengirimkan kepada kami laporan kemajuan yang baru setelah tiap 10 sesi,

yang menunjukkan kebutuhan medis untuk perawatan lagi. Fisioterapi tidak mencakup terapi seperti Rolfing, pijat, Pilates, Fango dan Milta.

Full medical underwriting (Penjaminan medis lengkap)

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

G

Gigi asli

Adalah gigi yang stabil, fungsional, bebas dari pembusukan dan penyakit gusi parah, dan dalam kondisi yang baik pada saat kecelakaan.

H

Hospital cash

Adalah ketika anggota menjalani rawat inap untuk kondisi medis yang diperbolehkan dan tidak ada biaya yang timbul untuk akomodasi dan perawatan, kami akan membayar manfaat uang tunai. Manfaat ini tidak berlaku untuk rawat inap dalam fasilitas kecelakaan dan darurat rumah sakit.

J

Jenazah

Dalam hal terjadi kematian karena kondisi medis yang diperbolehkan: transportasi jenazah anggota atau abunya ke negara tempat lahir atau negara tempat tinggal atau biaya pemakaman atau biaya kremasi di tempat kematian menurut praktik yang wajar dan biasa.

Biaya pemakaman atau biaya kremasi yang diperlukan termasuk:

- Biaya pembukaan kembali makam dan biaya pemakaman, atau
- Biaya pembukaan makam baru dan biaya pemakaman, termasuk biaya makam eksklusif, atau

- Dalam hal kremasi:
 1. Biaya kremasi
 2. Biaya surat keterangan dokter
 3. Biaya pencabutan alat pacu jantung atau perangkat medis lain yang harus dilepaskan sebelum kremasi

Tetapi tidak termasuk biaya terkait biaya pemakaman lain, seperti:

- Biaya pengurus pemakaman
- Bunga
- Biaya dokumen yang diperlukan untuk pembebasan uang, tabungan dan harta orang yang meninggal
- Biaya perjalanan pulang yang diperlukan untuk Anda untuk:
 1. Mengatur pemakaman, atau
 2. Datang ke pemakaman

K

Kami/Milik Kami/Kita

PT Asuransi Central Asia.

Keadaan Darurat

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

Kecelakaan

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

Kehamilan

Adalah periode waktu ketika Anda mengandung, sejak dari tanggal diagnosis pertama sampai melahirkan.

Kehamilan rutin

Adalah biaya untuk kehamilan dan persalinan normal, termasuk melahirkan normal karena reproduksi berbantuan medis, biaya operasi sesar sukarela dan biaya sesar yang diperlukan secara medis karena operasi sesar sebelumnya nonmedis. Manfaat ini menanggung biaya pemeriksaan sebelum dan sesudah persalinan selama hingga enam minggu, resep vitamin sebelum persalinan dan biaya melahirkan, termasuk biaya untuk bidan berpengalaman, saat melahirkan.

Semua biaya terkait komplikasi kehamilan atau persalinan karena reproduksi berbantuan medis dan/atau surrogasi akan terbatas pada limit Maternity Plan. Manfaat ini bisa mencakup perawatan neonatal rutin dan program bayi baru lahir (termasuk sunat elektif) untuk 24 jam pertama setelah kelahiran, saat bayi mendampingi ibunya ketika dalam pelayanan rawat inap (ibu sebagai tertanggung).

Bayi baru lahir harus didaftarkan sebagai anggota dalam 4 minggu setelah kelahiran agar berhak atas manfaat setelah 24 jam pertama.

Kelainan bawaan

Perawatan kelainan bawaan yang kelihatan setelah santunan anggota dimulai bersama kami, atau yang terjadi pada anak baru lahir tanggungan di tahun sebelum santunan dimulai.

Kelainan bawaan adalah cacat, penyakit atau malformasi dari genetik, fisik atau (bio) kimia (kecuali kondisi medis turunan) yang disebabkan oleh pengaruh selama kehamilan hingga kelahiran, dan mungkin atau tidak mungkin jelas pada kelahiran.

Keperluan medis

Adalah perawatan, layanan atau persediaan medis yang memenuhi berikut ini:

- a) Penting untuk mengidentifikasi atau merawat kondisi, sakit atau cedera Anda
- b) Sama dengan gejala, diagnosis atau perawatan Anda dari kondisi dasar
- c) Sesuai dengan praktik medis dan standar perawatan profesional yang diterima pada umumnya di komunitas medis pada saat itu (ini tidak berlaku untuk cara perawatan tambahan jika masuk dalam santunan Anda)
- d) Diperlukan untuk alasan selain kenyamanan Anda atau dokter Anda
- e) Terbukti dan menunjukkan mempunyai nilai medis (ini tidak berlaku untuk cara perawatan tambahan jika masuk dalam santunan Anda)
- f) Dianggap sebagai jenis dan tingkat layanan atau persediaan yang paling tepat
- g) Diberikan pada fasilitas yang tepat, pengaturan yang tepat dan tingkat pelayanan yang tepat untuk perawatan kondisi medis Anda
- h) Diberikan hanya untuk jangka waktu yang sesuai

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

Kerusakan gigi karena kecelakaan

Adalah perawatan yang diterima dalam ruang kecelakaan dan darurat rumah sakit atau klinik gigi, dalam waktu 10 hari mengalami kerusakan gigi asli karena kecelakaan, kecuali kerusakan karena kecelakaan disebabkan oleh makan. Perawatan lanjutan terbatas pada satu kunjungan dalam 30 hari setelah perawatan pertama Anda dan harus mendapat persetujuan sebelumnya dari kami.

Komplikasi kehamilan dan persalinan

Perawatan kondisi medis yang timbul selama tahap prenatal kehamilan, suatu kondisi medis yang timbul selama persalinan dan yang memerlukan prosedur obstetri yang diakui, dan pemeriksaan masa nifas yang diperlukan karena komplikasi kehamilan selama hingga enam minggu. Komplikasi yang timbul karena reproduksi berbantuan medis, termasuk, tetapi tidak terbatas pada, lahir prematur atau lahir kembar tidak termasuk dari manfaat ini.

Kondisi kronis

Manfaat ini menanggung check-up rutin, resep obat dan perban luka, akomodasi rumah sakit, perawatan, dialisis ginjal, operasi dan perawatan paliatif kondisi kronis (tidak termasuk kanker). Biaya untuk perawatan kanker ditanggung di bawah manfaat onkologi.

Kondisi medis

Adalah cedera, sakit atau penyakit, termasuk penyakit psikiatri.

Kondisi terkait

Adalah setiap cedera, sakit atau penyakit adalah kondisi yang berkaitan jika kami, berdasarkan saran umum, menentukan bahwa kondisi ini disebabkan oleh kondisi lain atau jika tiap kondisi adalah hasil cedera, sakit dan penyakit yang sama.

Kondisi yang sudah ada sebelumnya

Adalah kondisi medis dengan satu gejala atau lebih yang timbul sewaktu-waktu dalam hidup Anda atau tanggungan Anda. Ini berlaku tanpa memandang apakah Anda atau tanggungan Anda mencari saran atau perawatan medis. Kami akan mempertimbangkan kondisi tersebut sebagai kondisi yang sudah ada sebelumnya jika kami menganggap Anda atau tanggungan Anda sudah mengetahuinya.

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

Polis anda akan menanggung kondisi yang sudah ada sebelumnya kecuali kami memberi tahu Anda sebaliknya secara tertulis.

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

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

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

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

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

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

Setelah Anda menyelesaikan jangka waktu 24-bulan terus menerus setelah tanggal Anda bergabung, kami dapat menanggung kondisi medis Anda yang sudah ada sebelumnya asalkan Anda tidak memiliki gejala, perawatan yang diperlukan atau diterima, obat, diet atau saran khusus atau mengalami indikasi kondisi lain.

Kronis

Merujuk pada penyakit, sakit atau cedera yang minimal memiliki satu karakteristik berikut:

- Kondisi yang berlangsung tidak pasti dan tidak ada obat yang diketahui
- Kondisi ini datang kembali atau kemungkinan kembali lagi
- Bersifat permanen
- Anggota harus direhabilitasi atau secara khusus dilatih untuk mengatasinya
- Memerlukan pengawasan, konsultasi, pemeriksaan atau tes check-up yang lama.

L

Layanan konsultasi video

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

M

Masa tunggu

Adalah periode waktu yang dimulai dari tanggal berlaku polis Anda (atau tanggal efektif jika Anda tanggungan), selama Anda tidak berhak menanggung manfaat tertentu. Daftar Manfaat Anda menunjukkan manfaat mana yang sesuai dengan masa tunggu.

Moratorium (MORI)

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

N

Negara asal

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

Negara tempat lahir

Negara (atau negara-negara) di mana anggota memegang paspor yang valid.

Negara tempat tinggal

Negara tempat anggota tinggal (selama jangka waktu tidak kurang dari enam bulan per periode santunan) pada saat pertama kali polis ini diterbitkan atau tiap tanggal perpanjangan berikutnya.

O

Obat dan perban luka

Obat esensial, perban luka dan obat-obatan yang ditentukan oleh dokter atau spesialis dan tidak tersedia tanpa resep.

Obesitas

Didiagnosis ketika seseorang mempunyai indeks masa tubuh (IMT) lebih dari 30 (Anda bisa menemukan kalkulator IMT di: www.allianzcare.com/en/support/health-and-wellness/bmi-calculator.html).

Onkologi

Adalah semua perawatan yang diperlukan secara medis untuk, atau terkait, diagnosis kanker saat menerima pelayanan rawat inap, perawatan sehari atau rawat jalan, termasuk perawatan paliatif.

Operasi rawat jalan

Adalah prosedur bedah yang dilakukan dalam fasilitas ruang operasi, rumah sakit, fasilitas perawatan sehari atau departemen rawat jalan yang tidak mengharuskan Anda untuk menginap selain kebutuhan medis. Manfaat ini memberikan santunan biaya pemeriksaan endoskopi yang dilakukan di bawah rawat jawat. Manfaat ini mencakup gastroskopi, bronkoskopi, kolonoskopi, kolposkopi, tetapi tidak termasuk laparoskopi dan artroskopi yang ditanggung di bawah manfaat rawat inap.

Operasi rekonstruktif

Adalah perawatan untuk mengembalikan fungsi atau penampilan asli yang diperlukan karena kecelakaan atau penyakit yang terjadi selama periode perlindungan dan jika perawatan dilakukan dalam 12 bulan kejadian yang ditanggung. Termasuk pelayanan rawat jalan.

P

Partner

Adalah orang yang tinggal dengan Anda dalam hubungan pernikahan selama jangka waktu 12 bulan secara terus menerus.

Pelayanan psikiatri rawat inap

Adalah perawatan yang diterima di unit psikiatri terdaftar di rumah sakit. Semua manfaat memiliki syarat dengan persetujuan sebelumnya dari kami dan semua perawatan diberikan di bawah pengawasan psikiater terdaftar.

Tanpa konfirmasi secara tertulis dari kami sebelum perawatan tersebut, kami tidak akan bertanggung jawab untuk membayar manfaat apa pun. Namun, konsultasi awal dengan dokter (bukan spesialis psikiater) yang membuat rujukan psikiater ditanggung tanpa persyaratan untuk persetujuan sebelumnya.

Pelayanan psikiatri rawat jalan

Untuk perawatan psikiatri rawat jalan, termasuk konsultasi spesialis, semua perawatan mendapat persetujuan sebelumnya dari kami dan harus selalu diberikan di bawah pengawasan langsung psikiater terdaftar. Tanpa konfirmasi secara tertulis dari kami sebelum perawatan tersebut, kami tidak akan bertanggung jawab untuk membayar manfaat apa pun. Namun, konsultasi pertama dengan dokter (bukan spesialis psikiater), yang membuat rujukan psikiatri, ditanggung tanpa persyaratan untuk persetujuan sebelumnya.

Pelayanan rawat inap

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

Pelayanan rawat jalan

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

Pelayanan sebelum persalinan

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

Pelayanan setelah persalinan

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

Pengobatan Tradisional Cina atau ayurveda

Pengobatan Tradisional Cina atau Ayurveda yang diberikan oleh dokter bersertifikat.

Penyakit genetik

Adalah penyakit atau kelainan yang diwariskan secara genetik.

Perawat yang berpengalaman

Adalah perawat bersertifikat yang namanya saat ini berada pada daftar atau daftar perawat, yang diatur oleh Statutory Nursing Registration Body di negara tempat dia tinggal.

Perawatan

Adalah prosedur medis yang dibutuhkan untuk mengobati atau menghilangkan sakit atau cedera.

Perawatan Alternatif

Adalah perawatan yang diberikan oleh ahli chiropractic, ahli osteopati, homeopat, podiatris dan ahli akupunktur saat diberikan dengan kontrol langsung dan setelah rujukan oleh dokter atau spesialis.

Perawatan bayi baru lahir

Pelayanan rawat inap karena kondisi medis akut yang diderita oleh bayi baru lahir yang kelihatan dalam 30 hari setelah kelahiran. Dalam hal reproduksi berbantuan medis dan/atau surogasi, perlindungan atas kondisi dan/atau komplikasi terkait tidak termasuk dalam manfaat ini. Dalam situasi di mana kondisi bawaan terjadi pada bayi baru lahir, santunan akan ditiadakan di bawah manfaat ini dan akan dibayarkan alih-alih di bawah manfaat kondisi Congenital (Bawaan). Setelah masa 30 hari manfaat bayi baru lahir, kecuali kondisi medis terjadi atau terlihat selama masa 30 hari langsung setelah kelahiran, maka anak tersebut berhak untuk santunan hingga ketentuan penuh polis ini sesuai dengan permintaan tertulis untuk menambah anak dalam 4 minggu setelah kelahiran dan semua premi dibayarkan penuh dalam 30 hari pada tanggal jatuh tempo. Pernyataan kesehatan diperlukan untuk semua tanggungan yang lahir karena reproduksi berbantuan medis dan/atau surogasi, dan semua tanggungan yang diadopsi atau diasuh.

Perawatan gigi rutin

Adalah biaya dokter gigi yang melakukan perawatan gigi rutin dalam operasi gigi. Perawatan gigi rutin adalah: pemeriksaan, pembersihan gigi, penambalan compound normal dan ekstraksi nonoperasi yang mudah. Manfaat ini tidak termasuk perawatan ortodonti, perawatan restoratif dan implan gigi.

Perawatan kecelakaan dan darurat di AS

Biaya medis yang timbul karena keadaan darurat, yang mengharuskan anggota mencari perawatan di unit kecelakaan dan gawat darurat rumah sakit pada saat bepergian di wilayah AS dan jika kondisi medis tidak ada sebelum perjalanan dan anggota bebas perawatan, gejala dan saran.

Manfaat ini menawarkan untuk memasukkan pelayanan rawat jalan karena kecelakaan atau darurat, sementara anggota sedang melakukan perjalanan di wilayah AS dan jika kondisi medis tidak ada sebelum perjalanan dan anggota bebas perawatan, gejala dan saran. Untuk pelayanan rawat jalan, deductible berlaku.

Dalam hal terjadi perawatan kecelakaan dan darurat yang diharuskan di wilayah AS, anggota harus menghubungi kami sebelum atau segera setelah dirawat di unit kecelakaan dan darurat rumah sakit.

Komplikasi kehamilan dan/atau persalinan tidak ditanggung di bawah manfaat ini.

Perawatan paliatif

Adalah perawatan yang diberikan, berdasarkan saran atau saran umum, yang bertujuan untuk memberikan kenyamanan gejala sementara. Perawatan paliatif tidak diberikan untuk merawat kondisi medis dasar yang menyebabkan gejala. Untuk tujuan polis ini, perawatan paliatif akan mencakup dialisis ginjal.

Perawatan restorasi gigi besar

Manfaat ini menanggung biaya dokter gigi dan biaya terkait untuk perawatan prosedur tertentu berikut: pencabutan gigi impaksi, terpendam, atau terhambat, pencabutan akar, pencabutan odontoma solid, apikoektomi, pemulihan atau perbaikan jembatan gigi, pemulihan atau perbaikan crown, perawatan saluran akar gigi, pemulihan atau perbaikan bagian atas atau bawah gigi palsu, dan pencabutan gigi bungsu (apakah dilakukan di rumah sakit atau operasi gigi, apakah dilakukan oleh dokter gigi, spesialis atau ahli bedah mulut atau maksilofasial). Manfaat ini tidak meliputi perawatan ortodonti, perawatan rutin dan implan gigi.

Perawatan sehari

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

Perlengkapan

Merujuk pada perangkat dan peralatan yang digunakan sebagai satu kesatuan prosedur operasi yang diberikan oleh dokter atau spesialis.

Petirahan

Adalah pelayanan keperawatan di luar rumah sakit yang langsung didapatkan setelah rawat inap atau perawatan sehari atas rekomendasi spesialis. Pelayanan ini harus dilakukan oleh perawat berpengalaman dan tidak ditujukan untuk alasan pribadi atau kenyamanan. Pelayanan ini harus mendapat persetujuan sebelumnya dari kami.

Praktisi medis

Adalah dokter yang memiliki izin untuk menjalani praktik menurut hukum negara di mana perawatan diberikan dan ketika mereka berpraktik dalam batas izin mereka.

R

Rehabilitasi

Adalah perawatan yang menggabungkan beberapa terapi seperti terapi fisik, okupasi dan terapi bicara. Rehabilitasi bertujuan untuk memulihkan bentuk atau fungsi asli setelah mengalami penyakit akut, cedera atau operasi. Perawatan harus dilakukan di tempat rehabilitasi bersertifikat dan dimulai dalam 14 hari setelah keluar dari perawatan rawat inap medis akut dan/atau perawatan operasi selama tiga hari atau lebih. Termasuk pelayanan rawat jalan.

Rumah sakit

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

S

Saran

Adalah konsultasi dari dokter atau spesialis termasuk masalah pemberian resep atau mengulangi resep.

Saran medis

Adalah opini medis, rekomendasi atau informasi medis yang diberikan oleh profesional medis.

Saran umum

Adalah opini medis atau rekomendasi medis dari lembaga profesional terakreditasi terkait dengan kondisi atau perawatan medis yang memastikan, dalam opini wajar kami, praktik atau opini medis yang kuat.

Sertifikat Asuransi

Adalah dokumen yang kami terbitkan yang berisi informasi santunan Anda. Dokumen ini menyatakan bahwa ada hubungan asuransi antara Anda dan kami.

Spesialis

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

T

Tahun Asuransi

Berlaku sejak tanggal efektif polis Anda, sebagaimana tercantum pada Sertifikat Asuransi dan berakhir tepat satu tahun kemudian.

Tanggal dimulai

Tanggal yang tercantum pada Sertifikat Asuransi yang menunjukkan polis mulai berlaku.

Tanggal masuk

Tanggal yang tercantum pada Sertifikat Asuransi di mana bertanggung termasuk di bawah polis ini.

Tanggung

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

Terapi penggantian hormon

Adalah konsultasi dokter atau spesialis dan biaya resep tablet, implan atau patch ketika perawatan untuk wanita menopause yang telah diinduksi secara artifisial dan/atau melalui gejala awal (dari gejala awal kami maksudnya sebelum usia 40).

Transportasi Darurat

Adalah biaya transportasi darurat ke dan dari rumah sakit untuk menjalani rawat inap atau perawatan sehari, dengan sarana transportasi yang paling sesuai ketika diperlukan secara medis oleh dokter atau spesialis. Manfaat ini tidak mencakup biaya sewa mobil.

Transplantasi organ

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

W

Wajar dan biasa

Adalah biaya perawatan yang wajar di negara di mana perawatan diberikan. Kami hanya akan mengganti biaya penyedia medis ketika biaya yang timbul wajar dan biasa dan sesuai dengan standar dan prosedur medis yang diterima secara umum.

Pengecualian

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

AKUISISI ORGAN

Biaya untuk akuisisi organ seperti, tetapi tidak terbatas untuk biaya pencarian donor, pencocokan, pemindahan, biaya transportasi dan administrasi.

BIAYA BEDAH SESAR

Biaya bedah sesar sukarela atau biaya bedah sesar yang diperlukan secara medis karena bedah sesar yang dilakukan sebelumnya, kecuali manfaat untuk kehamilan Rutin tersedia.

BIAYA EVAKUASI

Biaya evakuasi (kecuali mendapat persetujuan sebelumnya dari kami). Meliputi biaya penyelamatan di udara, penyelamatan di laut atau penyelamatan di gunung (kecuali terjadi di tempat ski yang terkenal atau tempat olahraga musim dingin serupa).

BIAYA PERJALANAN DAN AKOMODASI

Biaya perjalanan dan akomodasi kecuali disetujui secara khusus oleh kami secara tertulis sebelum perjalanan. Biaya perjalanan dan akomodasi tidak dibayarkan jika perawatan yang dijalani hanya rawat jalan, termasuk biaya sewa mobil.

BIAYA PSIKOTERAPIS ATAU BIAYA PSIKOLOG

Biaya terkait psikoterapis atau psikolog, (kecuali dirujuk oleh dan di bawah pengawasan langsung psikiater), terapis keluarga atau konselor duka.

BIAYA UNTUK PENGISIAN CLAIM FORM (FORMULIR KLAIM)

Adalah biaya dokter untuk pengisian Formulir Klaim atau biaya administrasi lainnya.

GANGGUAN MATA DEGENERATIF ALAMI ATAU NONMEDIS

Gangguan mata degeneratif alami atau nonmedis, termasuk tetapi tidak terbatas pada: myopia (rabun jauh), presbyopia (mata tua) dan astigmatisme serta operasi korektif untuk gangguan penglihatan degeneratif alami/nonmedis. Tes mata normal tidak termasuk.

GANGGUAN TIDUR

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

KEADAAN YANG SUDAH ADA SEBELUMNYA (BERLAKU UNTUK POLIS DENGAN FULL MEDICAL UNDERWRITING ATAU CPME/CTT YANG SEBELUMNYA FMU)

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

- Tercantum pada Special Conditions Form (Formulir Kondisi Khusus) bahwa kami terbitkan sebelum polis Anda dimulai
- Kondisi tidak diungkapkan pada formulir permohonan
- Kondisi yang timbul pada saat mengisi formulir permohonan dan setelah:
 - Tanggal kami menerbitkan Sertifikat Asuransi Anda atau
 - Tanggal dimulai polis Anda

Kondisi-kondisi tersebut juga akan disesuaikan dengan medical underwriting dan jika tidak diungkapkan, tidak akan ditanggung.

KECANDUAN OBAT ATAU ALKOHOLISME

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

KEGAGALAN UNTUK MENDAPAT ATAU MENGIKUTI SARAN MEDIS

Adalah perawatan yang diperlukan karena kegagalan mendapatkan atau mengikuti saran medis.

KEGIATAN BERBAHAYA

Kegiatan berbahaya berikut tidak termasuk:

- bermain olahraga profesional dan / atau mengikuti olahraga motor atau sejenisnya;
- mendaki gunung, telusur gua, menjelajah gua atau susur gua;
- trekking dataran tinggi di atas 2.500 meter;
- ski off-piste atau kegiatan olahraga musim dingin lainnya yang dilakukan off-piste (daerah yang belum terjamah); dan
- Ekspedisi Arktik atau Antartika.

KEIKUTSERTAAN DALAM PERANG ATAU TINDAKAN KRIMINAL

Kematian karena atau perawatan karena sakit, penyakit atau cedera karena keikutsertaan aktif berikut, apakah perang sudah dideklarasikan atau belum:

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

KELAINAN BAWAAN

Kelainan bawaan jika gejala ada atau jika saran sudah diminta sebelum tanggal masuk anggota kecuali anggota adalah bayi hingga usia 12 bulan.

KERONTOKAN RAMBUT DAN TRANSPLANTASI RAMBUT

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

KETERLAMBATAN PERKEMBANGAN

Keterlambatan dalam perkembangan kognitif atau fisik, kecuali seorang anak belum mencapai masa perkembangan yang diharapkan untuk anak seusianya. Kami tidak menanggung kondisi-kondisi di mana seorang anak agak atau untuk sementara tertinggal dalam perkembangan. Keterlambatan perkembangan telah diukur secara kuantitatif oleh profesional medis berpengalaman dan dicatat sebagai keterlambatan perkembangan minimal 12 bulan.

KOMPLIKASI KEHAMILAN DAN PERSALINAN

Biaya untuk komplikasi kehamilan dan persalinan, dengan pengecualian santunan yang tercantum dalam Daftar Manfaat.

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

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

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

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

KONSULTASI YANG DILAKUKAN OLEH ANDA ATAU ANGGOTA KELUARGA

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

KONTAMINASI KIMIAWI DAN RADIOAKTIF

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

KUNJUNGAN RUMAH

Kunjungan rumah, kecuali diperlukan setelah ada serangan tiba-tiba penyakit akut yang menyebabkan ketidakmampuan Anda mengunjungi dokter atau terapis. Ini mencakup perawatan yang diberikan di lembaga atau rumah sakit di mana bahwa fasilitas itu menjadi rumah atau tempat permanen anggota atau jika rawat inap diatur seluruhnya atau sebagian karena alasan pribadi.

MANFAAT YANG TIDAK ADA DALAM DAFTAR MANFAAT ANDA

Manfaat yang tidak terlihat pada Daftar Manfaat, atau konsekuensi atau komplikasi yang tidak diharapkan terkait dengan manfaat kecuali dinyatakan sebaliknya dalam Daftar Manfaat Anda.

PENGGANTIAN KELAMIN

Operasi penggantian kelamin dan perawatan terkait.

PENYAKIT KELAMIN

Penyakit kelamin atau penyakit menular seksual lainnya atau kondisi terkait kecuali untuk penyakit yang dibayarkan di bawah manfaat AIDS.

PENYAKIT YANG DISENGAJA ATAU CEDERA YANG DITIMBULKAN SENDIRI

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

PERAWATAN DI LUAR AREA WILAYAH CAKUPAN

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

PERAWATAN GAGAL GINJAL KRONIS

Perawatan gagal ginjal kronis, termasuk dialisis ginjal kecuali manfaat kondisi kronis menjadi bagian rencana Anda.

Kami akan, namun, membayarkan biaya dialisis ginjal yang timbul:

- a) Langsung sebelum dan setelah operasi.
- b) Karena kegagalan kedua yang akut saat dialisis menjadi bagian dari perawatan intensif.

PERAWATAN NEONATAL BAYI BARU LAHIR

Biaya perawatan neonatal bayi baru lahir tidak termasuk kecuali manfaat untuk Routine Pregnancy tersedia, yang memberikan santunan untuk 24 jam pertama setelah kelahiran, sementara ibunya (menjadi bertanggung) menjalani rawat inap.

PERAWATAN DAN LAYANAN PREVENTIF

Obat preventif, dan tes rutin serta pemeriksaan fisik oleh dokter, termasuk pemeriksaan ginekologi. Tes pendengaran normal tidak termasuk.

PERAWATAN KOSMETIK

Perawatan kosmetik, dan segala konsekuensinya. Pengecualian satu-satunya adalah operasi rekonstruktif yang diperlukan untuk memulihkan fungsi atau penampilan asli yang diminta yang disebabkan oleh kecelakaan atau sakit yang terjadi selama jangka waktu santunan dan jika perawatan dilakukan dalam 12 bulan dari kejadian yang terjadi pada bertanggung.

PERAWATAN OBESITAS

Pemeriksaan dan perawatan untuk obesitas.

PERAWATAN PERCOBAAN ATAU YANG BELUM TERBUKTI ATAU TERAPI OBAT

Jenis perawatan atau terapi obat yang menurut opini kami yang wajar bersifat percobaan atau belum terbukti, berdasarkan pada praktik medis yang diterima secara umum.

PERAWATAN TAMBAHAN

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

PRODUK YANG DIJUAL TANPA RESEP

Produk yang bisa dibeli tanpa resep dokter, kecuali jika manfaat khusus menanggung biaya ini yang dapat dilihat dalam Daftar Manfaat.

PROSTHESIS EKSTERNAL

Prosthesis eksternal, termasuk perawatan atau pencocokan, alat bantu dengar atau perlengkapan lain, medis atau sebaliknya kecuali ditentukan dalam manfaat biaya tambahan.

REHABILITASI

Rehabilitasi kecuali dinyatakan sebaliknya dalam Daftar Manfaat Anda.

SEBELUM PERSALINAN DAN SETELAH PERSALINAN

Kelas sebelum persalinan dan setelah persalinan.

STERILISASI, DISFUNGSI SEKSUAL DAN KONTRASEPSI

Pemeriksaan, perawatan dan komplikasi yang terjadi karena:

- Sterilisasi.
- Disfungsi seksual (kecuali karena prostatektomi total setelah operasi kanker).
- Kontrasepsi (termasuk pemasangan dan pelepasan alat kontrasepsi dan semua kontraseptif lain, meskipun ditentukan sebagai alasan medis). Satu-satunya pengecualian adalah ketika kontraseptif ditentukan oleh spesialis dermatologi untuk perawatan jerawat.

SUROGASI

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

TERAPI BICARA

Terapi bicara yang berhubungan dengan keterlambatan perkembangan, disleksia, dispraksia atau gangguan mengeluarkan bunyi bahasa.

TERMINASI KEHAMILAN

Terminasi kehamilan, kecuali hidup ibu hamil dalam kondisi bahaya.

TINGGAL DI CURE CENTRE (PUSAT PENYEMBUHAN)

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

UJI GENETIK

Uji genetik, kecuali:

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

VENEER GIGI

Veener gigi dan prosedur terkait.

VITAMIN ATAU MINERAL

Produk dikelompokkan menjadi:

- vitamin dan mineral (kecuali selama kehamilan atau untuk merawat diagnosis sindrom kekurangan vitamin).
- suplemen seperti, susu formula dan produk kosmetik.

Produk-produk ini tidak termasuk meskipun dianjurkan, diresepkan secara medis atau diketahui mempunyai efek terapeutik. Biaya yang timbul karena konsultasi nutrisi atau diet juga tidak ditanggung, kecuali manfaat khusus tercantum dalam Daftar Manfaat Anda.

Hubungi kami, kami dengan senang hati membantu!

Jika Anda mempunyai pertanyaan, silakan menghubungi kami:

Helpline 24/7 untuk pertanyaan umum dan bantuan darurat

 +60 3 92127820

Nomor bebas biaya: www.allianzcare.com/en/pages/toll-free-numbers.html

Jika Anda tidak dapat mengakses nomor bebas biaya dari ponsel, silakan menghubungi nomor Helpline di atas.

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

 Email: asia.helpline@allianz.com

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



Benefit Guide

Healthcare Plans for you and your family

Plans for Indonesia

Valid from 1st November 2022

Welcome

International health insurance plans for Indonesia are offered through our partnership with Allianz Care. You and your family can depend on us to give you access to the best care possible.

This guide has two parts: “How to use your cover” is a summary of all important information you are likely to use on a regular basis. “Terms and conditions of your cover” explains your cover in more detail.

To make the most of your international healthcare plan, please read this guide together with your Insurance Certificate and Table of Benefits.

How to use your cover

Support services	5
Understanding how your cover works	16
Seeking treatment?	20
Additional information about claiming for your expenses	25

Terms and conditions of your cover

Administration of your policy	29
Paying premiums	34
The following terms also apply to your cover	36
Data protection	39
Complaints and dispute resolution procedure	40
Definitions	42
Exclusions	51

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

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

How to use your cover



Support services

We believe in providing you with the top-quality service that you deserve. In the following pages we describe the full range of services we offer. Read on to discover what is available to you, from our MyHealth Digital Services to the Expat Assistance Programme.

Talk to us, we love to help!

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

Helpline



Phone: +60 3 92127820

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

www.allianzcare.com/en/pages/toll-free-numbers.html



Email: asia.helpline@allianz.com

Did you know...

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

MyHealth Digital Services

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

MyHealth app and online portal features



My policy

Access your policy documents and membership card on the go.



My claims

Submit your claims in 3 simple steps and view your claims history.



My contacts

Access our 24/7 multilingual Helpline. Live chat is also available (in English and on the online portal only).



Symptom checker

Get a quick and easy assessment of your symptoms.



Find a hospital

Locate medical providers nearby.



Pharmacy aid

Look up the local equivalent names of branded drugs.



Medical term translator

Translate names of common ailments into 17 languages.



Emergency contact

Access local emergency numbers worldwide.

Additional useful features

- Update your details online: email, phone number, password, address (if it's the same country as the previous address), marketing preferences, etc.
- View the remaining balance of each benefit which is in your Table of Benefits
- Pay your premium online and view payments received
- Add or change your credit card details

All personal data within MyHealth Digital Services is encrypted for data protection.

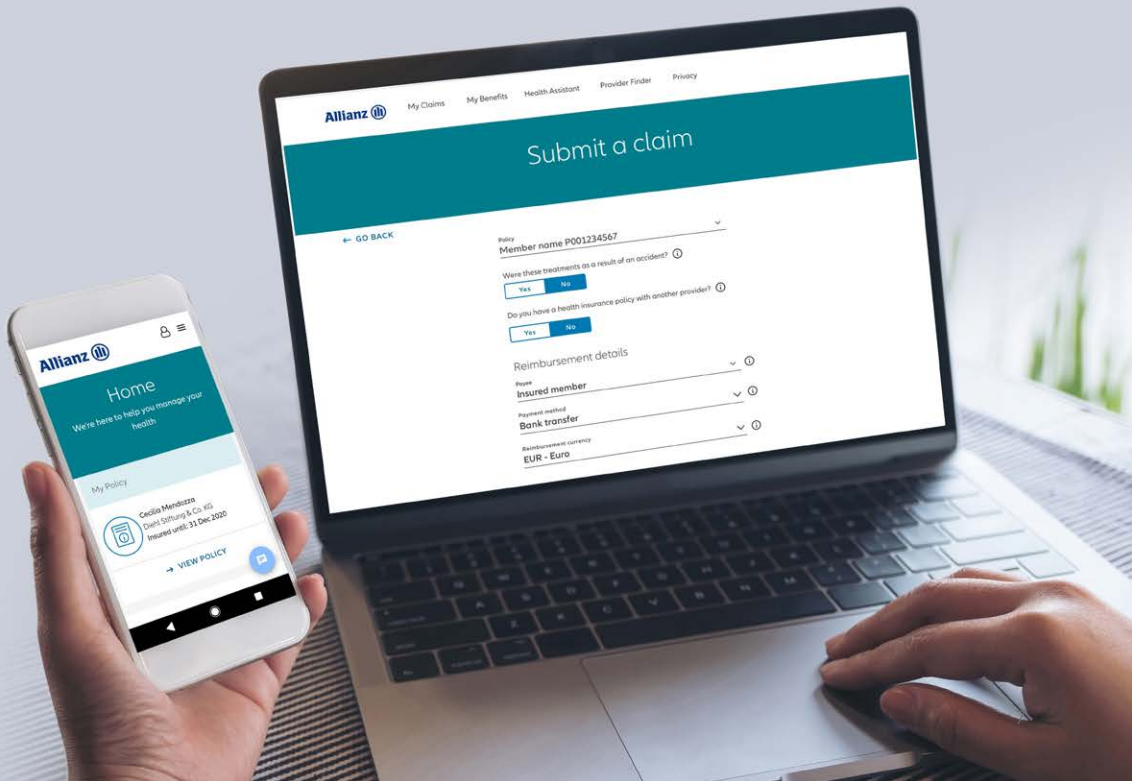
Getting started:

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



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

For more information, please visit www.allianzcare.com/en/myhealth.html



Web-based services

On www.allianzcare.com/members you can:

- Search for medical providers (you are not restricted to using the providers listed in our directory)
- Download forms
- Access our Health Guides
- Access our "My expat life" hub – from planning to move, to settling down in your new country, you'll find everything you need to know about moving overseas

Second Medical Opinion**

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

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

To access our service, simply contact us:

 + 353 1 630 1301

 medical.smo@allianz.com

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



Olive – Allianz Care's Health and Wellness support program

Your first steps towards a healthier life.

In today's increasingly busy and ever-changing world we recognise the importance of staying healthy and we firmly believe that prevention is better than cure. Olive**, our proactive care engine, is designed to motivate and guide you towards a healthier life. It includes the Health and Wellness hub and our HealthSteps app.

1. Health and Wellness hub

Our Health & Wellness Hub, accessible via our MyHealth Digital Services (mobile app and portal), offers you a range of services gathered in one convenient place to support you on your journey to a long, happy and healthy life.

On the Hub you will have access to:

- Tips and articles on topics such as sleep, fitness, nutrition and emotional wellbeing.
- Online health assessments**.
- Our BMI calculator.
- Our monthly live health and wellness webinars, with Q&A session, delivered by specialists.



2. HealthSteps app**

Did you know that by maintaining a healthy lifestyle, you may reduce the risk of developing medical conditions? The Allianz HealthSteps app was designed to give personalised guidance and help you reaching your health and fitness goals. By connecting to smart phones, wearables devices and other apps, HealthSteps monitors the number of steps taken, calories burned, sleep schedule and more.

HealthSteps features:



Plan

Choose a health goal and use the action plans to adopt and maintain good health habits:

- Lose weight
- Improve posture
- Sleep better
- Eat healthy
- Get moving and energised
- Stay healthy
- Reduce stress
- Lower blood pressure



Challenges

Join monthly challenges and get encouragement from other HealthSteps users by sharing your performance and competing against each other on group challenges. These challenges are based on steps, calories and distance.



Progress

Connect with popular health and activity trackers and monitor your progress against goals you set for yourself.



Library

Access articles and get tips and advice on how to live and maintain a healthy life.

Download the "Allianz HealthSteps" app from App Store or Google Play.



Video consultation services via Telehealth Hub**

If an Out-patient plan is included in your cover, you have direct access to online doctor appointments (video consultation services) where a provider is available in your geographical location.

With the Telehealth Hub, you can save time by seeing a doctor via video from the comfort of your own home or office. Offering a secure and confidential service, our telehealth network of doctors can provide medical advice, recommend treatments and offer prescriptions for non-emergency concerns.

The service is accessible via MyHealth portal or directly via our TeleHealth platform at:

 www.allianzcare.com/telehealthhub

An appointment can be made to speak to a medical practitioner in English, subject to availability. Some third party providers may offer the service in additional languages.

Depending on your geographical location, local country regulations and insurance plan coverage, the teleconsultation service may also offer prescriptions.

In countries where a teleconsultation service is not yet available, you can always call our 24/7 medical advice helpline – this service is offered in English, German, French and Italian. The phone number is available on TeleHealth Hub.



Expat Assistance Programme (EAP)**

When challenging situations arise in life or at work, our Expat Assistance Programme provides you and your dependants with immediate and confidential support. EAP, where provided, is shown in your Table of Benefits.

This professional service is available 24/7 and offers multilingual support on a wide range of challenges, including:

- Work/Life balance
- Family/Parenting
- Relationships
- Stress, depression, anxiety
- Workplace challenges
- Cross-cultural transition
- Cultural shock
- Coping with isolation and loneliness
- Addiction concerns

Support services include:



Confidential professional counselling

Receive 24/7 support with a clinical counsellor through live online chat, face to face, phone, video or email.



Critical incident support

Receive immediate critical incident support during times of trauma or crisis. Our wide-ranging approach provides stabilization and reduces stress associated with incidents of trauma or violence.



Legal and financial referral services

Whether it's help buying a home, handling a legal dispute or creating a comprehensive financial plan, we will refer you to a third-party advisor who can help answer your questions and reach your goals.



Access to the wellness website and app


Discover online support, tools and articles for help and advice on health and wellbeing.

Let us help:

 +1 905 886 3605

This is not a free phone number. If you need a local number, please access the wellness website and you will find the full list of our 'International Numbers'.

Your calls are answered by an English-speaking agent, but you can ask to talk to someone in a different language. If an agent is not available for the language you need, we will organise interpreter services.

 <https://www.allianzcare.com/eap-login> (available in English, French and Spanish)

 Download the Lifeworks app in Google Play or Apple Store:



Login on the website or the app using the following details:

Username: AllianzCare

Password: Expatriate

Travel Security Services**

As the world continues to witness an increase in security threats, Travel Security Services offer 24/7 access to personal security information and advice for your travel safety queries – via phone, email or website. Your Table of Benefits shows whether your plan includes these services.

You can access:



Emergency security assistance hotline

Talk to a security specialist for any safety concerns associated with a travel destination.



Country intelligence and security advice

Security information and advice about many countries.





Daily security news updates and email travel safety alerts

Sign up and receive alerts about high-risk events in or near your current location, including terrorism, civil unrest and severe weather risks.

To access the Crisis24 Horizon desktop website, go to <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>, add your email address and select Create Account. Enter your details and add the Member ID of ALLIANZTSS**

To access the Crisis24 Horizon mobile app, download either the Android or iOS version to your mobile device (you can also search for Crisis24 Horizon in either store), then **sign in** using the same email (username) and password you created above. You can also register directly on the mobile app using the Member ID.

 <https://crisis24horizon.com/allianztravsec>

 Download the Crisis24 Horizon app from App store or Google Play.



All Travel Security Services are provided in English. We can arrange for you to use an interpreter where required.

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



Understanding how your cover works

What am I covered for?

You and your dependants are covered for medically necessary treatment and related costs, services and supplies arising from the occurrence or worsening of a medical condition, in accordance with your Table of Benefits. Within the scope of your policy, you are covered for medical treatment, costs, services or supplies that:

- We determine to be medically necessary, appropriate for the patient's condition, illness or injury.
- Have a palliative, curative and/or diagnostic purpose.
- Are performed by a licensed doctor, dentist or therapist.

Your cover is also subjected to:

- Policy definitions and exclusions (also available in this guide).
- Any special conditions shown on your Insurance Certificate (and on the Special Condition Form issued before the policy comes into effect, where relevant).
- Any policy endorsements, these policy terms and conditions and any other legal requirements.
- **Costs being reasonable and customary** – these are costs that are usual within the country of treatment. We will only reimburse medical providers where their charges are in accordance with standard and generally accepted medical procedures. If we consider a claim to be inappropriate, we reserve the right to decline or reduce the amount we pay.

If you are uncertain whether your planned medical treatment is covered under your plan, please contact our Helpline.

Where can I receive treatment?

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

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

If the eligible treatment is not available locally in the event of an emergency, and your cover includes evacuation benefits, we will also cover travel costs to the nearest suitable medical facility. To claim for medical and travel expenses incurred in these circumstances, you will need to complete and submit the Treatment Guarantee Form before travelling.

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

What are benefit limits?

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

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

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

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

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

Benefit limits related to maternity

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

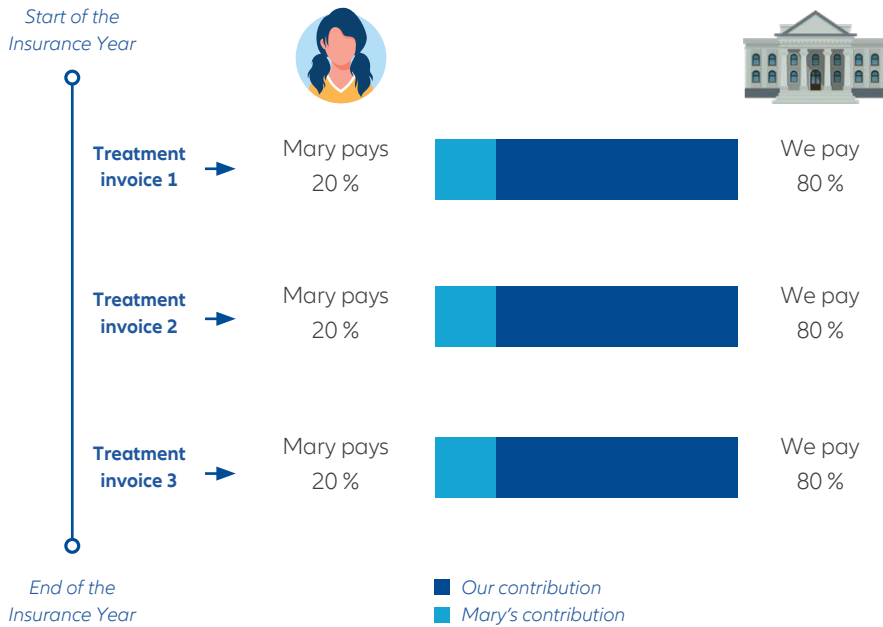
If your maternity benefits are payable on a "per pregnancy" basis

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

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

What are co-payments?

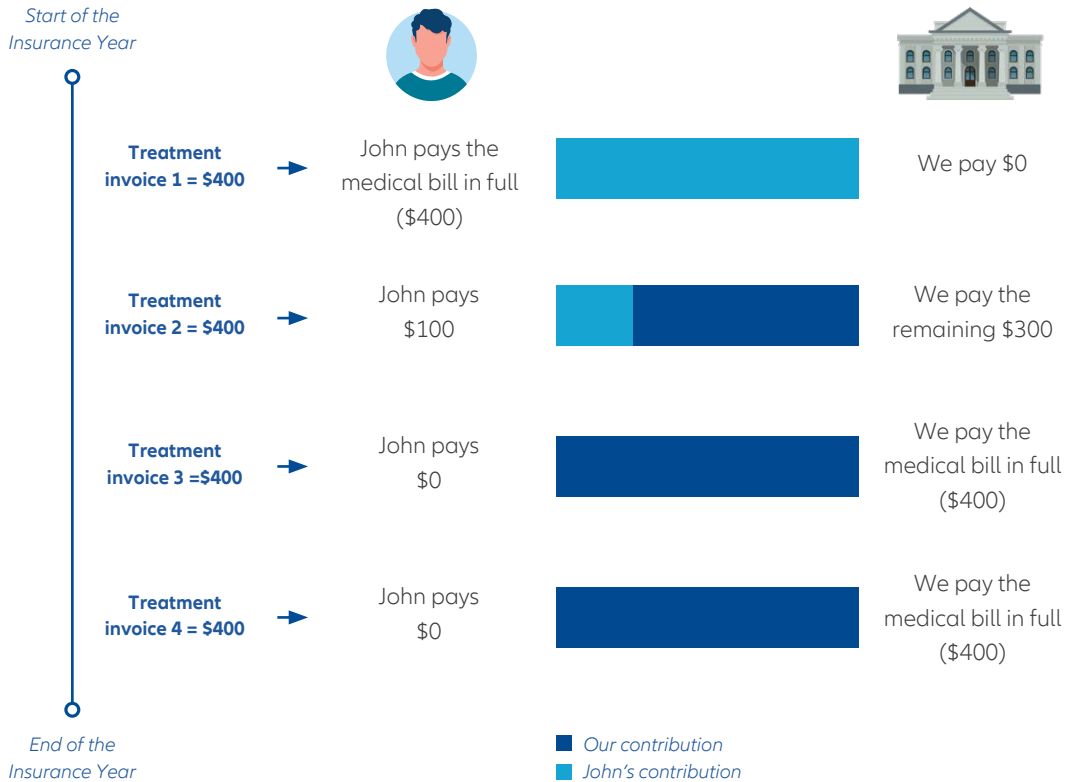
A **co-payment** is when you pay a percentage of the medical costs. Your Table of Benefits will show whether this applies to your plan. In the following example, Mary requires several dental treatments throughout the year. Her dental treatment benefit has a 20% co-payment, which means that we will pay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



The total amount payable by us may be subject to a maximum plan benefit limit.

What are deductibles?

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



Seeking treatment?

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

Check your level of cover

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

Some treatments require our pre-approval

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

Unless we agree otherwise, if you make a claim without obtaining our pre-approval, we reserve the right to decline your claim.

If you attend a direct settlement hospital, clinic or other medical facility in our medical provider network and we later determine that your claim is ineligible, we have the right to recover the full claim amount from you. If we pay a claim, it isn't an indication of our acceptance of liability for the claim or confirmation that we'll pay further costs for the same medical condition or related medical condition.

If we determine that a claim we've already approved is ineligible, we won't pay for the claim. If we've already paid any costs, you'll need to repay them to us within 14 days or we may withdraw any associated pre-authorisation, cancel your plan and keep the premium. If you'd like us to reassess a claim we've rejected, you'll have to prove that the claim is covered under the plan.

Getting in-patient treatment (pre-approval applies)



Download a Treatment Guarantee Form from our website:
www.allianzcare.com/en/support/member-resources.html



Complete the form and send it to us at least **five working days before** treatment.
You can send it by email, fax or post to the address shown on the form.



We contact the hospital to organise payment of your bill directly, where possible.

If it's an emergency:

Get the emergency treatment you need and call us if you need any advice or support.

If you are hospitalised, either you, your doctor, one of your dependants or a colleague needs to call our Helpline (**within 48 hours** of the emergency) to inform us of the hospitalisation. We can take Treatment Guarantee Form details over the phone when you call us.

We can also take Treatment Guarantee Form details over the phone if treatment is taking place within 72 hours. Please note that we may decline your claim if pre-approval is not obtained.



Claiming for your out-patient, dental and other expenses

If your treatment does not require our pre-approval, you can simply pay the bill and claim the expenses from us. In this case, follow these steps:



Receive your medical treatment and pay the medical provider.



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



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

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



Quick claim processing

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

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

Evacuations and repatriations

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

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

 +60 3 92127820

 Asia.medical@allianz.com



Seeking treatment in the USA

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

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

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

Additional information about claiming for your expenses

Medical claims

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

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

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

- **Currency:** Please specify the currency you wish to be paid in. On rare occasions, we may not be able to make a payment in that currency due to international banking regulations. If this happens, we will identify a suitable alternative currency. If we have to make a conversion from one currency to another, we will use the exchange rate that applied on the date the invoices were issued, or on the date that we pay your claim.

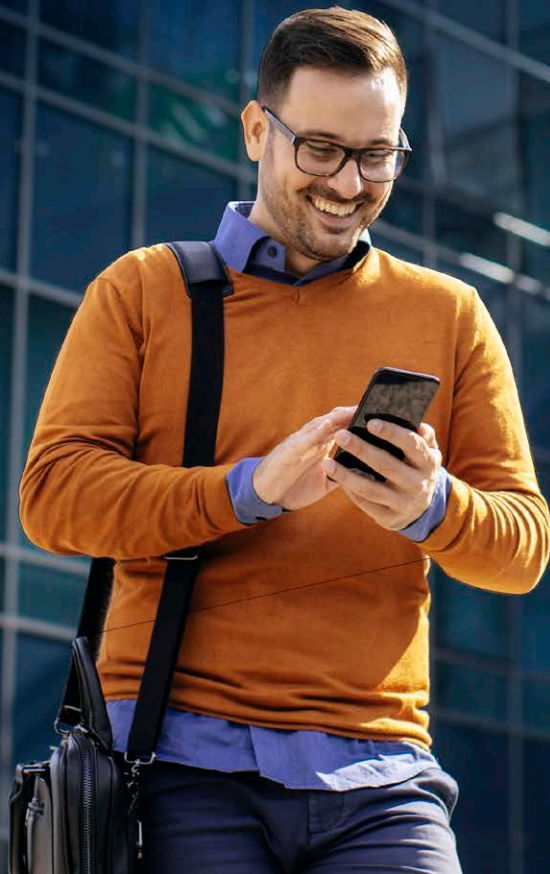
Please note that we reserve the right to choose which currency exchange rate to apply.

- **Reimbursement:** We will only reimburse (within the limits of your policy) eligible costs after considering any pre-approval requirements, deductibles or co-payments outlined in the Table of Benefits.
- **Reasonable and customary cost:** We will only reimburse charges that are reasonable and customary in accordance with standard and generally accepted medical procedures. If we consider a claim to be inappropriate, we reserve the right to decline your claim or reduce the amount we pay.
- **Deposits:** If you have to pay a deposit in advance of any medical treatment, we will reimburse this cost only after treatment has taken place.
- **Providing information:** You and your dependants agree to help us get all the information we need to process a claim. We have the right to access all medical records and to have direct discussions with the medical provider or the treating doctor. We may, at our own expense, request a medical examination by our doctors if we think it's necessary. All information will be treated confidentially. We reserve the right to withhold benefits if you or your dependants do not support us in getting the information we need.

Treatment needed as a result of someone else's fault

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

Terms and conditions of your cover



Terms and conditions

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

Your health insurance policy is an annual contract between us and the insured person(s) named on the Insurance Certificate. The contract is made up of:

- The **Benefit Guide** (this document), which explains the standard benefits and rules of your health insurance policy. It should be read together with your Insurance Certificate and Table of Benefits.
- The **Insurance Certificate**. This states the plan(s) chosen, the start date and renewal date of the policy (and effective dates of when dependants were added), and the geographical area of cover. If any other terms apply which are specific to your cover, these will be stated in the Insurance Certificate. They will also have been detailed on a Special Conditions Form which we send you before you're placed on cover. We'll send you an updated Insurance Certificate if you request a change which we accept, such as adding a dependant, or if we apply a change that we're entitled to make.
- The **Table of Benefits**. This shows the plan(s) selected, the benefits available to you, and states which benefits/treatments require submission of a Treatment Guarantee Form. It also confirms any benefits where specific benefit limits, waiting periods, deductibles and/or co-payments apply.
- Information provided to us by (or on behalf of) the insured person(s) in the signed Application Form, submitted Online Application Form, Confirmation of Health Status Form or others (we'll refer to all of these collectively as the "relevant application form") or other supporting medical information.

Administration of your policy

When cover starts

When you receive your Insurance Certificate, this is our confirmation that you've been accepted onto the policy. It will confirm the start date of your cover. Please note that no benefit will be payable under your policy until the initial premium has been paid, with subsequent premiums being paid when due.

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

Adding dependants

You may apply to include any member of your family as a dependant by completing the relevant application form. However, if you have a policy with moratorium, there is no need to complete an application form. We'll cover the dependant from the date on which you contact us or from a later date that you may request – a new moratorium will apply for that dependant.

How do I add a newborn to my policy?

Please send an email to underwriting@allianzworldwidecare.com within four weeks from birth and attach the birth certificate. With the exception of babies born as a result of medically assisted reproduction, babies born by surrogacy, adopted or fostered children, we will accept the baby without medical underwriting if the birth parent or intended parent (in the case of surrogacy) has been insured with us for a minimum of eight continuous months. Cover will start at birth.

However, if the baby is less than four weeks old when you contact us, but we have not covered either of their parents for a continuous period of at least eight months then:

- where you have a policy with moratorium, we'll (based on the applicable completed form for the baby) confirm the date we agree to add the baby and a new moratorium will apply for him/her; or

- where your policy does not have a moratorium, we'll (based on a completed application form for the dependant) either cover the baby from the date on which you accept any terms we offer or decline to add the baby to your plan. If we decline to add the baby, we'll explain the reason for this in writing.

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

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

What if I am adding babies born as a result of medically assisted reproduction , babies born by surrogacy, adopted and fostered children?

Babies born as a result of medically assisted reproduction, babies born by surrogacy, adopted and fostered children will be underwritten and if accepted, cover will start from the date of acceptance (for policies with full medical underwriting) or subject to the moratorium terms (for policies with moratorium).

Changes to policyholder

If a request is made at renewal to change the policyholder, the proposed replacement policyholder will need to complete an application form and full medical underwriting will apply. Please refer to the section on "Death of the policyholder or a dependant" if the requested change is due to the death of the policyholder.

Death of the policyholder or a dependant

We hope you will never need to refer to this section; however, if a policyholder or a dependant dies, please inform us in writing within 28 days.

If the policyholder dies, the policy will be terminated and a pro rata repayment of the current year's premium will be made if no claims have been filed. We may request a death certificate before a refund is issued. Alternatively, if they wish to, the next named dependant on the Insurance Certificate can apply to become the policyholder and keep the other dependants on their policy. If they apply to do this within 28 days, we will, at our discretion, not add any further special restrictions or exclusions that didn't already apply at the time of the policyholder's death.

If a dependant dies, they will be taken off the policy and a pro rata repayment of the current year's premium for that person will be made, if no claims have been filed. We may request a death certificate before a refund is issued.

Changing your level of cover

If you want to change your level of cover, please get in touch with us before your policy renewal date to discuss your options. Changes to cover can only be made at policy renewal. If you want to increase your level of cover, we may ask you to complete a medical history questionnaire and/or to agree to certain exclusions or restrictions to any additional cover before we accept your application. If an increase in cover is accepted, an additional premium amount will be payable and waiting periods may apply.

Changing country of residence

It is important to let us know when you change your country of residence. This may affect your cover or premium, even if you are moving to a country within your geographical area of cover, as your existing plan may not be valid there.

Contact us to check if your cover is valid in the country you are moving to:

@ underwriting@allianzworldwidecare.com

Cover in some countries is subject to local health insurance restrictions, particularly for residents of that country. It is your responsibility to ensure that your health cover is legally appropriate. If you are not sure, please get independent legal advice, as we may no longer be able to cover you. The cover we provide is not a substitute for local compulsory health insurance.

Changing your postal address or email address

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

Correspondence

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

Renewing your cover

Subject to "Reasons your membership would end", your policy will automatically renew at the end of every Insurance Year, if:

- The plan or plan combination selected is still available
- We can still provide cover in your country of residence
- All premiums due to us have been paid

- The payment details we have for you are still valid on the policy renewal date. Please update us if you get a new/replacement payment card or if your bank account details have changed.

As part of this automatic process, one month before the renewal date, you will receive a new Insurance Certificate along with details of any policy changes. If you don't receive your Insurance Certificate one month before your renewal date, please notify us.

Changes that we may apply at renewal

We have the right to apply revised policy terms and conditions, effective from the renewal date. The policy terms and conditions and the Table of Benefits that exist at renewal will apply for the duration of the Insurance Year. We may change the premium, benefits and rules of your membership on your renewal date, including how we calculate/determine premiums and/or the method or frequency of payment. These changes will only apply from your renewal date, regardless of when the change is made and we will not add any restrictions or exclusions which are personal to a member's cover in relation to medical conditions that started after their policy's inception, provided that they gave us the information we asked them for before incepting and they have not applied for an increase in their level of cover.

We will write to tell you about any changes. If you do not accept any of the changes we make, you can end your membership and we will treat the changes as not having been made if you end your membership within 30 days of the date on which the changes take effect, or within 30 days of us telling you about the changes, whichever is later.

Your right to cancel

You can cancel the contract in relation to all insured persons, or only in relation to one or more dependants, within 30 days of receiving the full terms and conditions of your policy or from the start/renewal date of your policy, whichever is later. Please note that you cannot backdate the cancellation of your membership.

If you wish to cancel, please complete the "Right to change your mind" form which was included in your welcome/renewal pack. You can send us this form via email:

@ underwriting@allianzworldwidecare.com

Alternatively, you can post this form to the Client Services Team, using the address provided at the back of this guide.

If you cancel your contract within this 30 day period, you will be entitled to a full refund of the cancelled member(s) premiums paid for the new Insurance Year, provided that no claims have been made. If you choose not to cancel (or amend) your policy within this 30 day period, the insurance contract will be binding on both parties and the full premium owing for the selected Insurance Year will be due for payment, according to the payment frequency that you selected.

Reasons your membership would end

Please remember that your membership (and that of all the other people listed on the Insurance Certificate) will end:

- If you do not pay any of your premiums on, or before, the date they are due. However, we may allow your membership to continue without you having to complete a Confirmation of Health Status Form, if you pay the outstanding premiums within 30 days after the due date.
- If you do not pay the amount of any IPT, taxes, levies or charges that you have to pay under your agreement with us on or before the due date.
- Upon the death of the policyholder. Please see the section on "Death of the policyholder or a dependant" for further details.
- If there is reasonable evidence that the policyholder or any dependants misled or attempted to mislead us. Examples are: giving false information, withholding pertinent information from us, working with another party to give us false information - either intentionally or carelessly - which may influence us when deciding:
 - whether we accept the application for cover
 - the applicable premium to pay
 - whether we have to pay a claim

Please see the section on "The following terms also apply to your cover" for further details.

- If you choose to cancel your policy, after giving us written notice within 30 days of receiving the full terms and conditions or from the start/renewal date of your policy, whichever is later. Please see section on "Your right to cancel" for further details.

If your membership ends for reasons other than for fraud/non-disclosure, we will refund any premiums you have paid which relate to a period after your membership has ended, subject to the deduction of any money which you owe us.

Please note that if your membership ceases, your dependants' cover will also end.

Policy expiry

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

Paying premiums

Premiums for each Insurance Year are based on each member's age on the first day of the Insurance Year, their region of cover, the policyholder's country of residence, the premium rates in effect and other risk factors which may materially affect the insurance.

By accepting cover you have agreed to pay the premium amount shown on your quotation, by the payment method stated. You need to pay us in advance for the duration of your cover. The **initial premium** or first premium instalment is payable immediately after we accept your application. **Subsequent premiums** are due on the first day of the chosen payment period. You may choose between monthly, quarterly, half-yearly or annual payments depending on the payment method you choose. When you receive your invoice, please check that the premium matches the amount shown on your agreed quotation and contact us immediately if there is any difference. We are not responsible for payments made through third parties.

You should pay your premium in the currency you selected when applying for cover. If you are unable to pay your premium for any reason, please contact us on:

 +60 3 92127820

Changes in payment terms can be made at policy renewal, via written instructions, which must be received by us a minimum of 30 days prior to the renewal date. Failure to pay an initial premium or subsequent premium on time may result in loss of insurance cover.

If the initial premium is not paid in time, we are entitled to withdraw from the contract for as long as the payment remains outstanding. The insurance contract is deemed to be null and void unless we assert a claim to the premium in court within three months of the commencement date, the policy start date or the conclusion of the insurance contract. If a subsequent premium is not paid in time, we may, in writing and at your expense, set a time limit of not less than two weeks for you to pay the amount due. After that, we may terminate the contract in writing with immediate effect and will be exempt to pay benefits.

The effects of termination will cease if the you make a payment within one month after the termination or, if the termination was combined with the setting of a time limit, within one month after the expiration of the time for payment, provided that no claims have been incurred in the intervening period.

Paying other charges

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

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

These charges may already be in effect when you join but they could be introduced (or change) afterwards. Your invoice will show these taxes. If they change or if new taxes are introduced, we will write to inform you.

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

The following terms also apply to your cover

Applicable law: Your membership is governed by laws of Indonesia unless otherwise required under mandatory legal regulations. Any dispute that cannot otherwise be resolved will be dealt with by courts in the Indonesia.

Economic sanctions: Cover is not provided if any element of the cover, benefit, activity, business or underlying business violates any applicable sanction law or regulations of the United Nations, the European Union or any other applicable economic or trade sanction law or regulations.

The amounts we will pay: Our liability to you is limited to the amounts indicated in the Table of Benefits and any policy endorsements. The amount reimbursed, whether under this policy, public medical scheme or any other insurance will not exceed the figure stated on the invoice.

Who can make changes to your policy: No one, except an appointed representative is allowed to make changes to your policy on your behalf. Changes are only valid when confirmed in writing by us.

When cover is provided by someone else: We may decline a claim if you or any of your dependants are eligible to claim benefits from:

- A public scheme
- Any other insurance policy
- Any other third-party

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

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

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

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

Fraud:

a) The information you and your dependants give us, e.g. on the Application Form or supporting documents, needs to be accurate and complete. If it isn't correct or if you don't tell us about things that may affect our underwriting decision, it may invalidate your policy from the start date. You also need to tell us about any medical conditions that arise between completing the Application Form and the start date of the policy. Medical conditions that you don't tell us about will most likely not be covered. If you're not sure whether certain information is relevant to underwriting, please call us and we'll be able to clarify that. For policies with moratorium, the moratorium cover will still apply even if you tell us about any pre-existing medical conditions you might have – we may apply new terms to the plan, void or cancel it and/or reduce or reject any related claims, based on your new material facts.

If the contract is rendered void due to incorrect disclosure or non-disclosure of any material facts, we will refund the premium amount(s) paid to date minus the cost of any medical claims already paid. If the cost of claims exceeds the balance of the premium, we will seek reimbursement of this amount from the principal member.

b) We will not pay any benefits for a claim if:

- The claim is false, fraudulent or intentionally exaggerated.
- You or your dependants or anyone acting on your or their behalf use fraudulent means to obtain benefit under this policy.

The amount of any claim we paid to you before the fraudulent act or omission was discovered will become immediately owing to us. If the contract is rendered void due to false, fraudulent, intentionally exaggerated claims or if fraudulent means/devices have been used, premium will not be refunded, in part or in whole, and any pending claims settlements will be forfeited. In the event of fraudulent claims, the contract will be cancelled from the date of our discovery of the fraudulent event.

Cancellation: We will cancel the policy where you have not paid the full premium due and owing. We will notify you of this cancellation and the contract will be deemed cancelled from the date that the premium payment became due and payable. However, if the premium is paid within 30 days after the due date, the insurance cover will be reinstated and we will cover any claims which occurred during the period of delay. If the outstanding premium is paid after the 30-day limit, you must complete a Confirmation of Health Status Form before your policy can be reinstated, subject to underwriting.

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

Use of Medi24: The Medi24 advice line and its health-related information and resources is extremely helpful, but it's not a substitute for professional medical advice or for the care that you receive from your doctor. It is not intended to be used for medical diagnosis or treatment and you should not rely on it for that purpose. Always seek the advice of your doctor before beginning any new treatment or if you have any questions about a medical condition. We are not responsible or liable for any claim, loss or damage directly or indirectly resulting from your use of Medi24 or the information or services provided by them. Calls to Medi24 will be recorded and may be monitored for training, quality and regulatory purposes.

Data protection

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

 www.allianzcare.com/en/privacy.html

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

 +60 3 92127820

If you have any queries about how we use your personal data, please email us at:

 AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Complaints and dispute resolution procedure

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

 +60 3 92127820

 asia.helpline@allianz.com

 Customer Advocacy Team
Allianz Care
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublin 12, Ireland

We will handle your complaint according to our internal complaint management procedure.

For details see:

 www.allianzcare.com/complaints-procedure

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

Mediation

In the event of any dispute arising between the parties as a consequence of the interpretation of liability or amount of indemnity of this policy, the dispute shall be settled amicably within 60 (sixty) calendar days from when the dispute arose. The date of the dispute runs from the date the either party expressed in writing his disagreement on the subject matter of the dispute.

If the dispute could not be settled amicably as provided above, both parties shall make a statement of disagreement in writing. Then the Company shall choose to settle the dispute through out of the court or court settlement by selecting either one of the following dispute settlement clauses as stated below.

a) **Alternative Dispute Resolution Body**

It is hereby declared and agreed that the parties shall settle the dispute through Alternative Dispute Resolution Body under the Financial Services Authority.

b) Court

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

Legal action

You will not institute any legal proceedings to recover any amount under the policy until at least 60 days after the claim has been submitted to us and not more than two years from the date of this submission, unless otherwise required by mandatory legal regulations.

Definitions

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

A

Accident

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

Accident and emergency treatment in the U.S.

Medical expenses that arise as a result of an emergency, which requires the member to seek treatment in the accident and emergency unit of a hospital whilst temporarily travelling inside the USA and where the medical condition did not exist prior to travel and the member was treatment-, symptom- and advice- free.

This benefit extends to include out-patient treatment arising as a result of an accident or emergency, whilst the member is temporarily travelling in the USA and where the medical condition did not exist prior to travel and the member was treatment-, symptom- and advice- free. For out-patient treatment, a deductible applies.

In the event of accident and emergency treatment being required inside the USA, the member should contact us either before or as soon as possible after admission to the accident and emergency unit of the hospital.

Complications of pregnancy and/or childbirth are not covered under this benefit.

Accidental damage to teeth

Treatment received in an accident and emergency ward of a hospital or dental clinic, within 10 days of incurring accidental damage to sound natural teeth, except when the accidental damage has been caused through eating. Follow-up treatment is limited to one visit within 30 days following your initial treatment and must be pre-approved by us.

Acute

A medical condition which is brief, has a definite end point, and which we, on advice or general advice, determine can be cured by treatment.

Advice

Any consultation from a medical practitioner or a specialist including the issue of any prescription or repeat prescriptions.

AIDS

Medical expenses that arise from, or are in any way related to, Human Immunodeficiency Virus (HIV) and/or HIV related illnesses, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC) and/or any mutant derivative or variations thereof.

Expenses are limited to pre- and post-diagnosis consultations, routine checkups for this condition, drugs and dressings (except experimental or those unproven), hospital accommodation and nursing fees.

For this benefit, the general exclusion for sexually transmitted diseases does not apply.

Alternative treatment

Treatment administered by registered chiropractors, osteopaths, homeopaths, podiatrists and acupuncturists when given under the direct control of and following referral by a medical practitioner or specialist.

Ancillary charges

The purchase or rental of crutches or wheelchairs following in-patient or day-care treatment.

Appliances

Devices and equipment used as an integral part of a surgical procedure administered by a medical practitioner or specialist.

C

Chronic

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

- It continues indefinitely and has no known cure
- It comes back or is likely to come back
- It is permanent
- Members need to be rehabilitated or specially trained to cope with it
- It needs long-term monitoring, consultations, checkups examinations or tests.

Chronic conditions

This benefit covers routine checkups, prescribed drugs and dressings, hospital accommodation, nursing, renal dialysis, surgery and palliative treatment of chronic conditions (excluding cancer). Costs for the treatment of cancer are covered under the oncology benefit.

Commencement date

The date shown on the Insurance Certificate on which the policy first came into effect.

Complications of pregnancy and childbirth

Treatment of a medical condition arising during the pre-natal stages of pregnancy, a medical condition arising during childbirth and one that requires a recognised obstetric procedure, and post-natal checkups required as a result of the complication of pregnancy for up to six weeks. Complications arising following medically assisted reproduction, including, but not limited to, premature or multiple births are excluded from this benefit.

Congenital anomalies

Treatment of congenital anomalies that manifest after the member's cover commences with us, or that manifest in a dependant child born in the year prior to cover commencing.

A congenital anomaly is any genetic, physical or (bio) chemical defect, disease or malformation (except hereditary medical conditions) which is due to an influence during gestation up to birth, and which may or may not be obvious at birth.

Co-payment

The percentage of the costs which you must pay. E.g. if a benefit has a 80% refund, this means that a co-payment of 20% applies, therefore we will pay 80% of the costs of each eligible treatment per insured person, per Insurance Year.

Country of nationality

The country (or countries) for which members hold a valid passport(s).

Country of residence

The country in which members habitually reside (for a period of no less than six months per period of cover) at the time this policy is first taken out or at each subsequent renewal date.

CPME/CTT

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

CPME/CTT previously FMU

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

CPME/CTT previously MORI

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

D

Date of entry

The date shown on the Insurance Certificate on which the insured person is included under this policy.

Day-care treatment

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

Deductible

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

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

Dental practitioner

A person who is licensed by the relevant licensing authority to practice dentistry in the country where the dental treatment is given.

Dependant

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

Doctor

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

Drugs and dressings

Essential drugs, dressings and medicines prescribed by a medical practitioner or specialist and which are not available without prescription.



Elective

Planned treatment which is medically necessary, but which is not required in an emergency.

Emergency

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

Emergency transportation

Emergency transportation costs to and from hospital to receive in-patient or day-care treatment, by the most appropriate transport method when considered medically necessary by a medical practitioner or specialist. This benefit does not include the cost of car hire.

Evacuation and additional travel expense

Evacuation of a member in the event of an emergency, where treatment is not readily available at the place of the incident, to the nearest appropriate medical facility as determined by us, by the most appropriate method of transportation as determined by us, for the purpose of in-patient or day-care treatment.

Evacuation is subject to written agreement from us, prior to travel and certified instructions to us from the attending medical practitioner or specialist including confirmation that the required treatment is unavailable at the place of incident.

This benefit excludes all maternity and childbirth costs except where these are covered under the benefit for Complications of pregnancy and childbirth, and any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts. Cover is provided for:

- i) Evacuation costs including the costs of one other person to travel with the member as an escort, if medically necessary.
- ii) Travel to and from medical appointments when receiving day-care treatment
- iii) For an accompanying person to travel to and from the hospital to visit the member following in-patient treatment.
- iv) Economy class airline tickets to return the member and the escort to the country of residence or to the country where evacuation occurred.
- v) Non-hospital accommodation for the member and escort for immediate pre- and post-hospital admission periods provided that the member is under the care of a specialist (limits apply, as indicated in your Table of Benefits).

Extended evacuation

This benefit covers the evacuation costs of a member in the event emergency treatment is not readily available at the place of incident, to the nearest appropriate medical facility, country of residence, country of nationality or country of the member's choice for the purpose of in-patient or day-care treatment, including the cost of one other person to travel with the member as an escort if medically necessary.

Evacuation is subject to written agreement from us prior to travel and certified instructions to us from the attending medical practitioner or specialist including confirmation that the required treatment is unavailable in the place of incident. The member's country of choice is limited to appropriate medical facilities being in place and where it is medically suitable at our discretion. This option is not operative where travel is undertaken against the advice of our medical advisors or where the nominated country does not have the appropriate facility to treat the medical condition. Our medical advisors will decide the most appropriate method of transportation for the evacuation.

This benefit excludes any air-sea rescue or mountain rescue costs that are not incurred at recognised ski resorts or similar winter sports resorts, all maternity and childbirth costs except where these are covered under the benefit for complications of pregnancy and childbirth, and elective treatment in the USA unless the member has worldwide cover.

F

Full medical underwriting

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

G

General advice

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

H

Hereditary

A disease or disorder that inherited genetically.

Home country

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

Home nursing

Nursing care given outside a hospital that is immediately received subsequent to in-patient or day-care treatment on the recommendation of a specialist. This must be provided by a qualified nurse and not provided for domestic reasons or convenience. This must be pre-approved by us.

Hormone replacement therapy

Medical practitioner or specialist consultations and the cost of prescribed tablets, implants or patches when treatment is for the female menopause which has been induced artificially and/or through early onset (by early onset we mean prior to age 40).

Hospital

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

Hospital accommodation

Standard private or semi-private accommodation as shown in the Table of Benefits - deluxe, executive rooms and suites are not covered. The hospital accommodation benefit only applies when the hospitalisation is not related to any other in-patient benefit shown on the Table of Benefits. For example, if a member is hospitalised for cancer treatment, the hospital accommodation will be covered under the oncology benefit, and not under the hospital accommodation benefit.

Hospital cash

Where the member receives in-patient treatment for an eligible medical condition and no costs are incurred for accommodation and treatment, we will pay a cash benefit. This benefit is not applicable to admissions into the accident and emergency facility of the hospital.

I

In-patient treatment

Treatment received in a hospital where an overnight stay is medically necessary.

In-patient psychiatric treatment

Treatment received in a registered psychiatric unit of a hospital. All benefits are conditional on pre-approval from us and all treatment being administered under the control of a registered psychiatrist.

Without our written confirmation prior to such treatment, we will not be liable to pay any benefit. However, the initial consultation with the medical practitioner (not a psychiatric specialist) that results in a psychiatric referral is covered without the requirement for pre-approval.

Insurance Certificate

A document we issue that outlines the details of your cover. It confirms that an insurance relationship exists between you and us.

Insurance Year

Applies from the effective date of your policy, as shown on the Insurance Certificate and ends exactly one year later.

M

Major restorative dental treatment

This benefit covers the fees of a dental practitioner and associated costs for the treatment of the following specified procedures: removal of impacted, buried, or un-erupted teeth, removal of roots, removal of solid odontomes, apicectomy, new or repair of bridge work, new or repair of crowns, root canal treatment, new or repair of upper or lower dentures, and removal of wisdom teeth (whether performed in hospital or in dental surgery, whether performed by a dental practitioner, specialist or an oral or maxillofacial surgeon). This benefit excludes orthodontic treatment, routine treatment and dental implants.

Medical advice

Any medical opinion, medical recommendation or information given by a medical professional.

Medical condition

Any injury, illness or disease, including psychiatric illness.

Medical necessity

Medical treatment, services or supplies that fulfil all of the following:

- a) Essential to identify or treat your condition, illness or injury
- b) Consistent with your symptoms, diagnosis or treatment of the underlying condition
- c) In accordance with generally accepted medical practice and professional standards of care in the medical community at the time (this does not apply to complementary treatment methods if they form part of your cover)
- d) Required for reasons other than the comfort or convenience of you or your doctor
- e) Proven and demonstrated to have medical value (this does not apply to complementary treatment methods if they form part of your cover)
- f) Considered to be the most appropriate type and level of service or supply
- g) Provided at an appropriate facility, in an appropriate setting and at an appropriate level of care for the treatment of your medical condition
- h) Provided only for an appropriate duration of time

In this definition, the term "appropriate" means taking patient safety and cost effectiveness into consideration. In respect to in-patient treatment, "medically necessary" also means that diagnosis can't be made or treatment can't be safely and effectively provided on an out-patient basis.

Medical practitioners

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

Medical practitioner fees

Fees charged for non-surgical treatment performed or administered by a medical practitioner.

Moratorium (MORI)

A waiting period of 24 months from either your start date or the date shown in the special terms section of your Insurance Certificate that must have passed before claims for any pre-existing medical conditions may become eligible under the plan. This includes the underwriting term CPME/CTT previously MORI. Once you've completed a continuous 24-month period after your start date, your pre-existing medical condition may be covered, provided that you've not had symptoms, needed or received treatment, medication, a special diet or advice, or had any other indications of the condition.

Mortal Remains

In the event of death from an eligible medical condition: transportation of the body of a member or his/her ashes to the country of nationality or country of residence or burial or cremation costs at the place of death in accordance with reasonable and customary practice.

Necessary burial or cremation fees including:

- The cost of reopening a grave and burial costs, or
- The cost of opening a new grave and burial costs, including any exclusive right of burial fee, or
- In the case of cremation:
 1. The cremation fee
 2. The cost of any doctor's certificates
 3. The cost of removing a pacemaker or other medical device which must be removed before the cremation

But not including costs related to other funeral expenses, such as:

- Funeral director's fees
- Flowers
- The cost of any documents needed for the release of the money, savings and property of the deceased
- The necessary cost of a return journey for you to either:
 1. Arrange the funeral, or
 2. Attend the funeral

N

Newborn

A baby who is within the first 16 (sixteen) weeks of its life following delivery.

Newborn accommodation

Hospital accommodation costs relating to a newborn (up to 16 weeks old) to accompany its mother (being a member) whilst she is receiving in-patient treatment, following discharge from the original delivery.

Newborn treatment

In-patient treatment of an acute medical condition being suffered by a newborn that manifests within 30 days following birth. In cases of medically assisted reproduction and/or surrogacy, coverage of any conditions and/or possibly related complications are excluded under this benefit. In circumstances where a congenital condition occurs in a newborn, cover will be excluded under this benefit and will be payable instead under the Congenital conditions benefit. Following the 30-day newborn benefit period, excepting any medical conditions occurring or manifesting themselves during the 30-day period immediately following birth, the child will be eligible for cover up to the full provision of this policy subject to a written request to add the child within 4 weeks following birth and all premiums being paid in full within 30 days of the due date. A declaration of health is required with respect to all dependants who are born following medically assisted reproduction and/or surrogacy, and all dependants who are adopted or fostered.

O

Obesity

It is diagnosed when a person has a body mass index (BMI) of over 30 (you can find a BMI calculator at: www.allianzcare.com/en/support/health-and-wellness/bmi-calculator.html).

Oncology

All medically necessary treatment received for, or related to, the diagnosis of cancer when received on an in-patient, day-care or out-patient basis, including palliative treatment.

Organ transplant

The following organ or tissue transplants: heart, heart/valve, heart/lung, liver, pancreas, pancreas/kidney, kidney, bone marrow, parathyroid, muscular/skeletal and cornea. We do not reimburse the costs of acquiring organs.

Out-patient psychiatric treatment

For out-patient psychiatric treatment, including specialist consultations, all treatment must be pre-approved by us and must at all times be administered under the direct control of a registered psychiatrist. Without our written confirmation prior to such treatment, we will not be liable to pay any benefit. However, the initial consultation with a medical practitioner (not a psychiatric specialist), which results in a psychiatric referral, is covered without the requirement for pre-approval.

Out-patient surgery

Surgical procedure performed in a surgery, hospital, day-care facility or out-patient department that does not require you to stay overnight out of medical necessity. This benefit extends to cover the cost of endoscopy investigations carried out under an out-patient basis. This includes gastroscopy, bronchoscopy, colonoscopy, colposcopy, but excludes laparoscopy and arthroscopy which are covered under the in-patient benefits.

Out-patient treatment

Treatment provided in the practice or surgery of a medical practitioner, therapist or specialist that does not require you to be admitted to hospital.

P

Palliative treatment

Any treatment given, on advice or general advice, for the purpose of offering temporary relief of symptoms. Palliative treatment is not given to treat the underlying medical condition causing the symptoms. For the purposes of this policy, palliative treatment will include renal dialysis.

Parental accommodation

Hospital accommodation costs of a parent or legal guardian staying with a member who is under 18 years of age and is admitted to hospital for in-patient treatment.

Partner

A person you have lived with in a conjugal relationship for a continuous period of 12 months.

Post-natal care

Routine post-partum medical care received by the mother for up to six weeks after delivery.

Pre-existing conditions

Medical conditions for which one or more symptoms presented at some point during your or your dependants' lifetime. This applies regardless of whether you or your dependants sought any medical advice or treatment. We would deem any such condition to be pre-existing if we could reasonably assume you or your dependants would have known about it.

The following terms about pre-existing conditions apply if your Insurance Certificate shows that your underwriting terms are Full Medical Underwriting or CPME/CTT previously FMU:

Your policy will cover pre-existing conditions unless we tell you otherwise in writing.

We will also treat as pre-existing any medical conditions that arise between the date you completed the application form and the later of the following:

- The date we issued your Insurance Certificate or
- The start date of your policy

Such pre-existing conditions will also be subject to full medical underwriting and if they are not disclosed, they will not be covered. Please refer to the "Notes" section of your Table of Benefits to confirm if pre-existing conditions are covered.

The following terms about pre-existing conditions apply if your Insurance Certificate shows that your underwriting terms are moratorium or CPME/CTT previously MORI:

Your claim will not be paid if it's relating to a pre-existing medical condition, should one or more of the following have applied within the 24-month period before your start date (or the date shown in your Insurance Certificate):

- It could be reasonably foreseen that the medical condition would occur after your start date.
- The condition clearly showed itself.
- You had signs or symptoms of the condition.
- You asked for advice about the condition.
- You received treatment for the condition, or
- To the best of your knowledge, you were aware you had the condition.

Once you've completed a continuous 24-month period after your date of joining we may cover your pre-existing medical condition provided you've not had symptoms, needed or received treatment, medication, a special diet or advice, or had any other indications of the condition.

Pregnancy

The period of time when you are expecting a baby, from the date of the first diagnosis until delivery.

Pre-natal care

Common screening and follow-up tests required during pregnancy. For women aged 35 and over, this includes Triple/Bart's, Quadruple and Spina Bifida tests, amniocentesis and, if directly linked to an eligible amniocentesis, DNA-analysis.

Prescribed physiotherapy

Treatment provided by a registered physiotherapist following referral by a doctor. Physiotherapy (either prescribed, or a combination of non-prescribed and prescribed treatment) is initially restricted to 10 sessions per condition, after which treatment must be reviewed by the doctor who referred you. If you need further sessions, you must send us a new progress report after every set of 10 sessions, indicating the medical necessity for more treatment. Physiotherapy does not include therapies such as Rolwing, massage, Pilates, Fango and Milta.



Qualified nurse

A qualified nurse whose name is currently on any register or roll of nurses, maintained by any Statutory Nursing Registration Body within the country in which he/she is resident.



Reasonable and customary

Treatment costs that are usual within the country of treatment. We will only reimburse the cost of medical providers where their charges are reasonable and customary and in accordance with standard and generally accepted medical procedures.

Reconstructive surgery

Treatment to restore natural function or appearance required as a result of an accident or illness occurring during the period of cover and where treatment takes place within 12 months of the insured event occurring. Includes out-patient treatment.

Rehabilitation

Treatment that combines therapies such as physical, occupational and speech therapy. It aims to restore original form or function after an acute illness, injury or surgery. Treatment must take place in a licensed rehabilitation facility and start within 14 days of discharge from acute medical and/or surgical in-patient treatment lasting 3 days or more. Includes out-patient treatment.

Related condition

Any injuries, illnesses or diseases are related conditions if we, on general advice, determine that one is a result of the other or if each is a result of the same injury, illness or disease.

Routine dental treatment

Fees of a dental practitioner carrying out routine dental treatment in a dental surgery. Routine dental treatment is defined as: examinations, tooth cleaning, normal compound fillings and simple non-surgical extractions. This benefit excludes orthodontic treatment, restorative treatment and dental implants.

Routine pregnancy

Costs associated with normal pregnancy and childbirth, including normal deliveries following medically assisted reproduction, voluntary caesarean section costs and medically necessary caesarean costs due to any non-medical previous caesarean sections. This benefit covers the cost of pre-natal and post-natal checkups for up to six weeks, prescribed pre-natal vitamins and delivery costs, including costs associated with qualified midwives, when associated with delivery.

All costs relating to complications of pregnancy or childbirth following medically assisted reproduction and/or surrogacy will be limited to the Maternity Plan limit. This benefit extends to include routine neo natal care and newborn packages (including elective circumcision) for the first 24 hours following birth, when the baby is accompanying its mother whilst she is receiving in-patient treatment (mother being an insured member).

The newborn must be enrolled as a member within 4 weeks after birth in order to be eligible for any benefits after the first 24 hours.

S

Sound natural teeth

Teeth that were stable, functional, free from decay and advanced periodontal disease, and in good repair at the time of the accident.

Specialist

A licensed doctor possessing the additional qualifications and expertise necessary to practise as a recognised specialist in diagnostic techniques, treatment and prevention in a particular field of medicine.

Specialist fees

Non-surgical treatment performed or administered by a licensed doctor. This benefit does not include cover for psychiatrist, psychologist fees or any treatment that is already covered by another benefit under your Table of Benefits. We don't cover specialist treatment that is excluded under your policy.

T

Traditional Chinese or ayurvedic medicine

Traditional Chinese Medicine or Ayurvedic treatment administered by a recognised medical practitioner.

Treatment

Medical procedure needed to cure or relieve illness or injury.

V

Video consultation services

They provide direct access to a doctor via a telecommunication platform. This benefit covers the costs of video consultations, as indicated in your Table of Benefits and offers medical advice, diagnosis and issuance of a prescription, if needed, for non-urgent medical care. Access to teleconsultation services and prescriptions will depend on your geographical location and local country regulations. You can make an appointment to speak to a medical practitioner in English, subject to availability. Some third party providers may offer additional core languages.

Cost of medicines are not included, but delivery of medicine or referrals may or may not be included under this benefit, even when prescribed or recommended during the video consultation.

W

Waiting period

A period of time that begins on your policy start date (or effective date if you are a dependant), during which you are not entitled to cover for particular benefits. Your Table of Benefits shows which benefits are subject to waiting periods.

We/Our/Us

PT Asuransi Central Asia.

Y

You/Your/Member/Insured Person

The policyholder and any dependants named on the Insurance Certificate.

Exclusions

Although we cover most medically necessary treatment, we do not cover the following expenses unless indicated otherwise in the Table of Benefits or in any written policy endorsement.

ACQUISITION OF AN ORGAN

Expenses for the acquisition of an organ such as, but not limited to donor search, typing, harvesting, transport and administration costs.

BENEFITS THAT ARE NOT IN YOUR TABLE OF BENEFITS

Benefits that do not appear on your Table of Benefits, or any adverse consequences or complications relating to them unless otherwise indicated in your Table of Benefits.

CEASAREAN SECTION COSTS

Voluntary caesarean section costs or medically necessary caesarean section costs due to any previous voluntary caesarean sections undertaken, unless the benefit for Routine pregnancy is available.

CHEMICAL CONTAMINATION AND RADIOACTIVITY

Treatment for any medical conditions arising directly or indirectly from chemical contamination, radioactivity or any nuclear material, including the combustion of nuclear fuel.

CHRONIC TREATMENT OF RENAL FAILURE

Chronic supportive treatment of renal failure, including dialysis unless the chronic conditions benefit is part of your plan.

We will, however, pay for the cost of renal dialysis incurred:

- a) Immediately pre and post operatively.
- b) In connection with acute secondary failure when dialysis is part of intensive care.

COMPLEMENTARY TREATMENT

Complementary treatment, with the exception of those treatments shown in the Table of Benefits.

COMPLICATION OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH

Costs for complication of pregnancy and childbirth, with the exception of cover as shown in the Table of Benefits.

CONGENITAL ANOMALIES

Congenital anomalies where symptoms exist or where advice has been sought prior to the member's date of entry unless the member is an infant up to the age of 12 months.

CONSULTATIONS PERFORMED BY YOU OR A FAMILY MEMBER

Consultations performed and any drugs or treatments prescribed by you, your spouse, parents or children.

COSMETIC TREATMENT

Cosmetic treatment, and any consequence thereof. The only exception is reconstructive surgery necessary to restore natural function or appearance required as a result of an accident or illness occurring during the period of cover and where treatment takes place within 12 months of the insured event occurring.

DENTAL VENEERS

Dental veneers and related procedures.

DEVELOPMENTAL DELAY

Delay in cognitive or physical development, unless a child has not achieved the developmental milestones expected for a child of that age. We do not cover conditions in which a child is slightly or temporarily lagging in development. The developmental delay must have been quantitatively measured by qualified medical professionals and documented as a delay in development of at least 12 months.

DRUG ADDICTION OR ALCOHOLISM

Care and/or treatment of drug addiction or alcoholism (including detoxification programmes and treatments to stop smoking), death associated with drug addiction or alcoholism, or the treatment of any condition that in our reasonable opinion is related to, or a direct consequence of, alcoholism or addiction (e.g. organ failure or dementia).

EVACUATION EXPENSES

Evacuation expenses (unless pre-approved by us). Includes air rescue, sea rescue or mountain rescue costs (unless incurred at recognized ski or similar winter sports resorts).

EXPERIMENTAL OR UNPROVEN TREATMENT OR DRUG THERAPY

Any form of treatment or drug therapy which in our reasonable opinion is experimental or unproven, based on generally accepted medical practice.

EXTERNAL PROSTHESES

External prostheses, including their maintenance or fitting, any hearing aids or other equipment, medical or otherwise except as is specified in the benefit for ancillary charges.

FAILURE TO SEEK OR FOLLOW MEDICAL ADVICE

Treatment required as a result of failure to seek or follow medical advice.

FEES FOR THE COMPLETION OF A CLAIM FORM

Doctor's fees for the completion of a Claim Form or other administration charges.

GENETIC TESTING

Genetic testing, except:

- a) Where specific genetic tests are included within your plan.
- b) Where DNA tests are directly linked to an eligible amniocentesis i.e. in the case of women aged 35 or over.
- c) Where testing for genetic receptor of tumours is covered.

HAZARDOUS ACTIVITIES

The following hazardous activities are excluded:

- playing professional sports and / or taking part in motor sports of any kind;
- mountaineering, potholing, spelunking or caving;
- high-altitude trekking over 2,500 metres;
- skiing off-piste or any other winter sports activity carried out off-piste; and
- Arctic or Antarctic expeditions.

HOME VISITS

Home visits, unless they are necessary after the sudden onset of an acute illness that leaves you incapable of visiting your doctor or therapist. This includes treatment given at establishments or a hospital where that facility has become the member's home or permanent abode or where admission is arranged wholly or partly for domestic reasons.

INTENTIONALLY CAUSED DISEASES OR SELF-INFLICTED INJURIES

Care and/or treatment of intentionally caused diseases or self-inflicted injuries, including a suicide attempt.

LOSS OF HAIR AND HAIR REPLACEMENT

Investigations into and treatment for loss of hair, including hair replacement unless the loss of hair is due to cancer treatment.

NEWBORN NEO-NATAL CARE

Newborn neo-natal care costs are excluded unless the benefit for Routine Pregnancy is available, which provides cover for the first 24 hours following birth, whilst the mother (being and insured member) receives in-patient treatment.

NON-MEDICAL OR NATURAL DEGENERATIVE EYE DEFECTS

Non-medical or natural degenerative eye defects, including but not limited to: myopia, presbyopia and astigmatism and any corrective surgery for non-medical / natural degenerative sight defects. Normal eye tests are excluded.

OBESITY TREATMENT

Investigations into and treatment for obesity.

PARTICIPATION IN WAR OR CRIMINAL ACTS

Death from or treatment for any illnesses, diseases or injuries resulting from active participation in the following, whether war has been declared or not:

- War
- Riots
- Civil disturbances
- Terrorism
- Criminal acts
- Illegal acts
- Acts against any foreign hostility

PRE- AND POST-NATAL

Pre- and post-natal classes.

PRE-EXISTING CONDITIONS (APPLICABLE TO POLICIES WITH FULL MEDICAL UNDERWRITING OR CPME/CTT PREVIOUSLY FMU)

Pre-existing conditions (including pre-existing chronic conditions) when:

- Indicated on a Special Conditions Form that we issue before your policy starts
- Conditions were not disclosed on the application form
- Conditions arise between completing the application form and the later of the following:
 - The date we issue your Insurance Certificate or
 - The start date of your policy

Such conditions will also be subject to medical underwriting and if not disclosed, will not be covered.

PRE-EXISTING CONDITIONS (APPLICABLE TO POLICIES WITH MORATORIUM OR CPME/CTT PREVIOUSLY MORI)

Pre-existing medical conditions when one or more of the following have applied within the 24-month period before your date of joining (or the date shown in your Insurance Certificate):

- It could be reasonably foreseen that the medical condition would occur after your start date.
- The condition clearly showed itself.
- You had signs or symptoms of the condition.
- You asked for advice about the condition.
- You received treatment for the condition.
- To the best of your knowledge, you were aware you had the condition.

Once you've completed a continuous 24-month period after your date of joining your pre-existing medical condition may be covered provided you've not had symptoms, needed or received treatment, medication, a special diet or advice, or had any other indications of the condition.

PREVENTIVE TREATMENT AND SERVICES

Preventive medicines, and routine tests and physical examinations by a medical practitioner, including gynaecological investigations. Normal hearing tests are excluded.

PRODUCTS SOLD WITHOUT PRESCRIPTIONS

Products that can be purchased without a doctor's prescription, except where a specific benefit covering these costs appears in the Table of Benefits.

PSYCHOTHERAPIST OR PSYCHOLOGIST COSTS

Cost in respect of psychotherapist or psychologist, (unless referred to by and under the direct control of a psychiatrist), a family therapist or bereavement counsellor.

REHABILITATION

Rehabilitation except as expressly provided in your Table of Benefits.

SEX CHANGE

Sex change operations and related treatments.

SLEEP DISORDERS

Treatment of sleep disorders, including insomnia, obstructive sleep apnoea, narcolepsy, snoring and bruxism.

SPEECH THERAPY

Speech therapy related to developmental delay, dyslexia, dyspraxia or expressive language disorder.

STAYS IN A CURE CENTRE

Stays in a cure centre, bath centre, spa, health resort and recovery centre, even if the stay is medically prescribed.

STERILISATION, SEXUAL DYSFUNCTION AND CONTRACEPTION

Investigations into, treatment of and complications arising from:

- Sterilisation.
- Sexual dysfunction (unless as a result of a total prostatectomy following cancer surgery).
- Contraception (including the insertion and removal of contraceptive devices and all other contraceptives, even if prescribed for medical reasons). The only exception is where contraceptives are prescribed by a dermatologist for the treatment of acne.

SURROGACY

Treatment directly related to surrogacy whether you are acting as a surrogate, or are the intended parent.

TERMINATION OF PREGNANCY

Termination of pregnancy, except where the life of the pregnant woman is in danger.

TRAVEL AND ACCOMMODATION COSTS

Travel and accommodation costs unless specifically agreed by us in writing prior to travel. No travel and accommodation costs are payable where treatment is obtained solely as an out-patient, including the costs of a hired car.

TREATMENT OUTSIDE THE GEOGRAPHICAL AREA OF COVER

Treatment outside the geographical area of cover unless for emergencies or authorised by us.

VENEREAL DISEASE

Venereal disease or any other sexually transmitted disease or any related condition except for those payable under the AIDS benefit.

VITAMINS OR MINERALS

Products classified as:

- vitamins and minerals (except during pregnancy or to treat diagnosed vitamin deficiency syndromes).
- supplements such as, infant formula and cosmetic products.

These products are excluded even if they are medically recommended, prescribed or acknowledged as having therapeutic effects. Costs incurred as a result of nutritional or dietary consultations are also not covered, unless a specific benefit shows in your Table of Benefits.

Talk to us, we love to help!

If you have any queries, please do not hesitate to contact us:

24/7 Helpline for general enquiries and emergency assistance

 +60 3 92127820

Toll free numbers: www.allianzcare.com/en/pages/toll-free-numbers.html

If you are not able to access the toll-free numbers from a mobile phone, please dial the Helpline number listed above.

Calls to our Helpline will be recorded and may be monitored for training, quality and regulatory purposes. Please note that only the policyholder (or an appointed representative) can make changes to the policy. Security questions will be asked of all callers to verify their identity.

@ Email: asia.helpline@allianz.com

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