



STANDARD INTERNATIONAL PLAN (Rev. April 2018)



GROUP COMPANY

Independent Insurance Consultant



Pacific Cross International
<http://www.pacificcross.com>



Pacific Cross Insurance Company - Samoa
<http://www.pacificcross-insurance.com>



International Services Pacific Cross - Indonesia
<http://www.pacificcross.co.id>



Pacific Cross - Phillipines
<http://www.pacificcross.com.ph>



Pacific Cross Health Insurance PCL - Thailand
<http://www.pacificcrosshealth.com>



Pacific Cross Vietnam (Blue Cross Vietnam)
<http://www.pacificcross.com.vn>

"Setiap penjelasan pada brosur ini merupakan terjemahan dari bahasa Inggris. Jika terdapat perbedaan interpretasi, maka bahasa acuan yang digunakan adalah bahasa Inggris, dimana polis akan diterbitkan menggunakan bahasa Inggris"

Brosur ini bukan merupakan perjanjian asuransi. Syarat dan ketentuan lengkap ditetapkan pada Polis Asuransi Anda. Info lebih lanjut, kunjungi pusatasuransi.com atau email ke bondan@pusatasuransi.com

STANDARD INTERNATIONAL PLAN

KEISTIMEWAAN STANDARD INTERNATIONAL PLAN

- Usia peserta yang dapat dijamin mulai dari usia 15 hari sampai dengan 90 tahun.
- Garansi perpanjangan tanpa memandang usia, kondisi medis atau lokasi.
- Jaminan geografis yang fleksibel.
- Jaminan gratis untuk olahraga rekreasi.
- Pembayaran langsung kepada rumah sakit dan layanan bantuan darurat 24 jam seluruh dunia.
- Menggunakan ketentuan fasilitas kamar rawat inap berdasarkan jumlah pasien (tempat tidur) per ruangan, bukan berdasarkan tarif kamar.
- Jaminan HIV/AIDS untuk peserta yang telah menjadi Tertanggung selama 5 tahun.
- Jaminan Kehamilan untuk peserta wanita yang telah menjadi Tertanggung selama 12 bulan.
- Jaminan Rawat Jalan "Sesuai Tagihan" dan tanpa sub-limit.
- Fasilitas Medical Second Opinion.
- Semua Anak yang lahir dari Tertanggung wanita akan mendapatkan perlindungan secara gratis dengan manfaat yang sama seperti ibunya, selama sisa jangka waktu pertanggungan sampai pembaharuan polis berikutnya.

MEDICAL SECOND OPINION

Saat Anda menderita penyakit serius – Anda merasa hidup tidak berarti lagi. Di saat harus mengambil keputusan penting tentang kesehatan Anda, maka Anda, dokter Anda dan keluarga Anda menginginkan bahwa semua tinjauan medis atau opini yang ada sudah ditinjau secara pasti.

Dengan program **Medical Second Opinion**, Anda akan memperoleh akses untuk mendapatkan tinjauan medis secara independen dari dokter-dokter ahli di bidangnya, tanpa harus melakukan perjalanan. Beberapa institusi kesehatan terkemuka di dalam program layanan ini antara lain adalah: Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, London's King's College Hospital, Stanford University Hospital, M.D Anderson Cancer Centre, University of Texas, Kennedy University Hospitals, Children's National Medical Center, dan The Johns Hopkins Hospital.

Setiap Peserta berhak untuk mendapatkan layanan **Medical Second Opinion** secara "Gratis" untuk setiap jenis kondisi medis atau **QMC (Qualifying Medical Conditions)** yang sama dalam jangka waktu satu tahun.

Kondisi medis atau **QMC** yang memenuhi syarat untuk mendapatkan layanan **Medical Second Opinion** diantaranya seperti: penyakit Jantung, Gagal Ginjal, Radang Otak, Alzheimer, Lupus, HIV/AIDS, Kanker (Payudara /Hati /Ginjal /Paru-paru /Ovarium, dan lain-lain).

Layanan unik ini disediakan secara eksklusif dari sebuah institusi Medical Second Opinion terdepan di Amerika yakni **MediGuide America** (melalui perwakilannya di Indonesia, **Nucleus Precise**) yang memberikan akses terhadap peninjauan secara independen oleh pusat kesehatan ternama.

Kami memahami bagaimana beratnya terdiagnosa penyakit serius. Bentuk kepedulian ini kami wujudkan dengan menyediakan layanan Medical Second Opinion, agar Anda mendapatkan informasi dan referensi lanjutan mengenai kondisi penyakit Anda. Hasil **Medical Second Opinion** ini akan diberikan secara tertulis dan komprehensif dalam waktu 14 (empat belas) hari kerja setelah seluruh catatan medis diterima secara lengkap dan benar.

TABEL MANFAAT STANDARD INTERNATIONAL PLAN (dalam USD)

** RINCIAN MANFAAT **	STANDARD	UPGRADE
Manfaat maksimum keseluruhan manfaat untuk satu ketidakmampuan dan sekuelnya.	1,000,000	2,000,000
** MANFAAT RAWAT INAP **		
Kamar dan Akomodasinya Berdasarkan tarif kamar standar yang berlaku di Rumah Sakit tempat dirawat yang sesuai dengan haknya.	Semi-Privat** di Uni-Eropa, Inggris, Swiss, Hongkong; atau Privat** di negara lainnya	Privat**
Akomodasi Orang Tua Tempat tidur tambahan untuk orang tua dalam kamar yang sama untuk menemani anak usia di bawah 12 tahun yang diasuransikan.	Sesuai Tagihan	
Unit Perawatan Intensif dan Unit Perawatan Koroner	Sesuai Tagihan	
Kamar Operasi, Biaya Ahli Bedah dan Biaya Pembiusan Mencakup konsultasi pra-operasi dan perawatan pasca operasi normal di negara tempat perawatan untuk setiap ketidakmampuan.	Sesuai Tagihan	
Biaya Aneka Perawatan Untuk tes laboratorium diagnostik yang dibutuhkan; sinar-x; biaya profesional; obat-obatan sesuai resep; darah dan plasma; sewa kursi roda; pembedahan rawat jalan; peralatan pembedahan; peralatan protesis standar intra-operatif (sebagaimana disetujui oleh Penanggung).	Sesuai Tagihan	
Transplantasi Organ Tubuh Biaya untuk operasi transplantasi ginjal; jantung; paru-paru; hati dan sumsum tulang (sampai dengan 50% biaya untuk pendonor, dan sisanya untuk penerima, sesuai pilihan yang ditentukan oleh Tertanggung) sampai dengan: Manfaat ini merupakan manfaat maksimum lump sum per organ dan tidak ada manfaat lain dalam polis yang dibayarkan terkait dengan transplantasi organ.	200,000	
Manfaat Tunjangan Rumah Sakit Untuk perawatan inap yang diterima tanpa biaya, akan diberikan santunan rawat inap sampai dengan maksimal 15 malam.	100 /malam	
HIV / AIDS (masa tunggu 5 tahun) Batasan maksimum seumur hidup sampai dengan:	100,000	
Biaya Perawat di Rumah Atas rekomendasi dokter yang merawat (di rumah sampai dengan 30 hari segera setelah rawat inap).	Sesuai Tagihan	
Rehabilitasi Atas rekomendasi dokter yang merawat sampai dengan 45 hari rawat inap, perawatan sehari atau rawat jalan, dimulai dalam waktu 14 hari dari rawat inap.	Sesuai Tagihan	
Oncology Radioterapi dan Kemoterapi (dengan cara infus atau suntik) diterima sebagai pasien rawat inap, rawat sehari atau rawat jalan.	Sesuai Tagihan	
Perawatan Paliatif Untuk perawatan kronis stadium akhir, batasan seumur hidup sampai dengan:	10,000	
Rawat Inap karena Gangguan Mental/Jiwa Biaya Rumah Sakit dengan batasan seumur hidup sampai dengan:	10,000 (5,000 /tahun)	

<p>Manfaat Kehamilan (masa tunggu 12 bulan) Manfaat termasuk perawatan sebelum dan sesudah melahirkan, kamar dan akomodasi, jasa profesional (kecuali dokter spesialis anak), aneka perawatan, dan perawatan bayi baru lahir sampai dengan 7 hari. Manfaat ini termasuk manfaat keguguran atau dilatasi dan kuretase (masa tunggu 90 hari). Jika kedua orang tua diasuransikan, manfaat akan meningkat 50%. Tidak ada manfaat lain dalam polis yang akan dibayarkan terkait dengan Kehamilan.</p>	5,000 /kehamilan
** MANFAAT RAWAT JALAN **	
<p>Biaya dokter umum dan spesialis untuk kunjungan di tempat praktek, ahli fisioterapis, chiropractor dan akupuntur ketika dirujuk oleh dokter yang merawat; dan untuk tes-tes laboratorium diagnostik yang dibutuhkan, sinar x; obat-obatan yang diresepkan; peralatan bedah; perban.</p>	Sesuai Tagihan
<p>Pengobatan Alternatif Biaya untuk kunjungan ke Homeopath, Osteopath, Ahli Akupuntur, Ahli Pijat Tulang, Ahli Herbal dan Praktisi Obat Tiongkok dan Herbal yang diresepkan, sampai dengan limit tahunan sebesar:</p>	1,500
** MANFAAT RAWAT DARURAT **	
Perawatan Unit Gawat Darurat	Sesuai Tagihan
<p>Perawatan Gigi Darurat Perawatan darurat sampai dengan 7 hari setelah kecelakaan yang mengakibatkan kehilangan atau kerusakan pada gigi asli yang sehat.</p>	Sesuai Tagihan
Jasa Darurat Ambulans Lokal	Sesuai Tagihan
24 Jam Layanan Darurat dan Layanan Evakuasi Medis Darurat	Termasuk
<p>Pemulangan Jenazah Menjamin biaya untuk pemulangan jenazah Tertanggung ke negara asal atau negara tempat tinggal.</p>	Sesuai Tagihan

***Masa Tunggu 30 hari** - terhitung sejak periode pertanggungan berlaku, dikenakan untuk seluruh perawatan atas manfaat yang dijamin, selama tidak disebutkan masa tunggu secara khusus, kecuali jika perawatan yang timbul adalah akibat dari kecelakaan.

****DEFINISI HAK KELAS KAMAR RAWAT INAP**

- **Kamar Semi Privat** adalah kamar rumah sakit dengan kategori 2 (dua) tempat tidur per kamar yang tarifnya terendah dari kategori tersebut yang berlaku di rumah sakit tempat perawatan dilakukan.
- **Kamar Privat** adalah kamar rumah sakit dengan kategori 1 (satu) tempat tidur per kamar, termasuk fasilitas kamar mandi, tapi tidak termasuk ruangan dengan fasilitas dapur, ruang makan, atau ruang duduk sendiri dan sejenisnya.

Apabila perawatan dilakukan di kamar Rumah Sakit yang tarifnya lebih tinggi daripada ketentuan yang disebutkan di atas, maka penggantian biaya yang terjadi pada perawatan tersebut akan diperhitungkan sebagai berikut:

- Hak **Kamar Semi Privat** dirawat di **Kamar Privat** akan diganti sebesar **50%**.
- Hak **Kamar Semi Privat** dirawat di kamar yang lebih tinggi dari **Kamar Privat** akan diganti sebesar **25%**.
- Hak **Kamar Privat** dirawat di **Kamar Regular Suite** akan diganti sebesar **50%**.
- Hak **Kamar Privat** dirawat di kamar yang lebih tinggi dari **Kamar Regular Suite** akan diganti sebesar **25%**.

TABEL PREMI TAHUNAN STANDARD INTERNATIONAL PLAN (dalam USD)

USIA	0-18	19-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70
STANDARD	1,481	2,668	2,856	3,049	3,238	3,525	3,721	4,365	4,957	6,985	11,664
UPGRADE	1,998	3,316	3,504	3,751	3,940	4,289	4,485	5,277	5,875	8,010	13,443

OPSI DISKON: STANDARD INTERNATIONAL PLAN

DISKON

Treatment Area Limit (TAL): Mengecualikan perawatan di Amerika Utara, Jepang, Hongkong dan Singapura 25%

Outpatient Exclusion: Mengecualikan Manfaat Rawat Jalan 25%

20% Co-Payment: Anda membayar 20% dan Penanggung membayar 80% dari klaim yang disetujui 25%

*Total Opsi Diskon **maksimal 75%**.

***Opsi Diskon Treatment Area Limit (TAL)** hanya berlaku untuk peserta yang bertempat tinggal di Indonesia, Korea, Filipina, Malaysia, Taiwan, Thailand and Vietnam. Batasan Rawat Inap dengan Diskon TAL tetap dijamin untuk 30 hari setiap tahun polis, dengan ketentuan Tertanggung belum mengalami ketidakmampuan tersebut sebelum perjalanan dimulai.

NO CLAIM DISCOUNT (DISKON TANPA KLAIM)

Suatu diskon yang diberikan kepada Tertanggung yang tidak mendapatkan diskon grup dan telah diasuransikan dalam periode tidak kurang dari 12 bulan. Diskon diberikan pada saat pembaharuan polis.

Tahun 0	Tahun 1	Tahun 2	Tahun 3
Tidak Ada Diskon	10% Diskon	15% Diskon	20% Diskon (maksimal)

Jika sebuah klaim dibuat oleh seorang Tertanggung selama tahun polis, semua diskon bebas klaim yang diterima akan hilang dan status diskon akan dimulai kembali seperti pada Tahun 0. Diskon tanpa klaim diterapkan hanya untuk premi pada manfaat dasar. Klaim untuk manfaat tambahan tidak akan berdampak pada diskon tanpa klaim.

CATATAN :

- Premi dapat dibayarkan secara semesteran (per 6 bulan) sebesar 52% dari Premi Tahunan di atas.
- Premi belum termasuk biaya administrasi dan materai.
- Premi didasarkan pada usia di hari ulang tahun terdekat dan bisa berubah. Saat pembaruan polis, bila Anda memasuki batas usia baru maka premi Anda akan berubah mengikuti tabel premi yang berlaku.
- Premi untuk usia 71-90 tahun akan diberikan berdasarkan permintaan.
- Diskon Polis Grup: 5-20 peserta dewasa (diskon 10%); dan lebih dari 20 orang dewasa (diskon 20%).
- Berlaku tambahan premi untuk penduduk yang bertempat tinggal di wilayah Uni-Eropa, Inggris, dan Swiss (15%), Hongkong (20%), dan wilayah Amerika Utara (berdasarkan permintaan).
- Pemohon yang berusia 65 tahun ke atas melampirkan "Medical Examination Report" dengan biaya dari pemohon.
- Tertanggung anak hanya dapat disertakan pada polis Tertanggung dewasa (usia 18+) yang merupakan orang tuanya.

CARA PEMBAYARAN PREMI

Pembayaran dapat dilakukan dengan cara:

1. TRANSFER ke rekening bank berikut ini:
 - Bank : BCA Sudirman, Jl. Jend. Sudirman Kav. 21
 - Acc No. : 035.322.1121 (Rekening Rupiah)
 - Nama : PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance
2. Kartu Kredit berlogo VISA/MasterCard (dikenakan biaya 2,50%)

PENGECEUALIAN MANFAAT ASURANSI

Penanggung **tidak akan** membayar biaya untuk perawatan, pengobatan, jasa atau barang yang timbul oleh:

- a. Kondisi yang sudah ada sebelumnya (pre-existing condition) yang tidak diberitahukan kepada dan tidak disetujui oleh Penanggung;
 - b. Pengobatan untuk mana pembayaran tidak diwajibkan atau yang telah dibayar dengan asuransi atau ganti rugi lain yang menjamin Tertanggung yang bersangkutan;
 - c. Pengobatan impotensi atau ketidaksuburan, inseminasi buatan, pembuahan in-vitro atau cangkok embrio, sterilisasi atau pemulihan sterilisasi atau aborsi yang terencana, pembedahan janin, pengaturan kelahiran atau pengobatan yang berkaitan dengan ketidaksuburan secara mekanik atau kimiawi, perubahan kelamin dan kondisi yang timbul daripadanya;
 - d. Jumlah yang melebihi biaya wajar, biasa dan umum untuk wilayah geografis dimana peristiwa tersebut terjadi;
 - e. Skrining dan pengobatan kondisi dan kelainan kongenital atau penyakit genetik;
 - f. Perawatan kustodial, pemeriksaan medis rutin, perawatan atau layanan ke rumah atau perawatan dan jasa serta obat-obatan, herbal dan vitamin (termasuk suplemen makanan dan atau sejenisnya) yang dianggap tidak perlu oleh Penanggung untuk pengobatan kondisi fisik atau mental, termasuk cek up, vaksinasi, konseling (pernikahan, keluarga, diet, atau adaptasi psikologis), tes pendengaran, cacat mata refraktif, operasi mata korektif untuk kesalahan refraktif;
 - g. Segala sesuatu yang dinyatakan pada aplikasi dengan tidak benar, baik karena disengaja maupun tidak disengaja mengenai keadaan kesehatan, pekerjaan, kegemaran atau usia tertanggung pada saat mengajukan permohonan asuransi, atau saat mengajukan klaim yang tidak berdasar untuk memperoleh manfaat;
 - h. Kosmetik atau perawatan yang berkaitan dengan bedah kosmetik, bedah rekonstruktif termasuk bedah mata korektif untuk kesalahan refraksi yang tidak timbul sebagai akibat daripada suatu penyakit atau cedera, kecuali:
 - (i) bedah rekonstruktif yang dilakukan sebagai akibat dari atau sehubungan dengan Cedera yang disebabkan oleh Kecelakaan yang timbul selama Periode Asuransi dan dilakukan dalam waktu 12 bulan setelah Kecelakaan, atau;
 - (ii) Re-konstruksi payudara yang bertepatan dengan pembedahan kanker payudara atau dalam waktu 12 bulan dari tanggal pembedahan untuk kanker payudara asalkan polis masih berlaku pada saat operasi re-konstruksi.
- Dalam hal manfaat atau tingkat manfaat telah berubah, jumlah yang lebih rendah yang akan dibayarkan oleh Penanggung.
- i. Gangguan kejiwaan, psikologis, mental atau syaraf, semua pengobatan untuk Persistent Vegetative State atau kerusakan syaraf permanen akan, dan tanpa kecuali, berhenti setelah 90 hari dari pengobatan dimulai dan setiap manifestasi fisiologis atau psikosomatis daripadanya;
 - j. Akibat konsumsi alkohol secara berlebihan atau penyalahgunaan obat-obatan atau kecanduan;
 - k. Cacat atau cedera yang diakibatkan oleh perang, tugas militer, kerusuhan, pemberontakan, huru-hara, revolusi, kontaminasi nuklir atau kimia, atau aksi terorisme kecuali Tertanggung hanya sebagai korban dari terorisme;
 - l. Berpartisipasi dalam salah satu kegiatan berbahaya di bawah ini atau kegiatan yang serupa: perlombaan balapan apapun kecuali dengan kaki, bersepeda motor (kecuali sebagai transportasi di atas jalanan aspal), terjun payung, gantole, terbang (kecuali sebagai penumpang yang membayar biaya pada pesawat terbang komersil yang memiliki izin), menjelajahi gua atau mendaki dengan tali atau peralatan lainnya, bungee jumping, menyelam (scuba diving) tidak dibawah pengawasan ahli atau pelatih menyelam NAVI atau PADI, atau sampai ke kedalaman laut yang melebihi 30 meter, atau mendaki diatas 5.000 meter;
 - m. Dengan sengaja melukai diri sendiri, dengan sengaja menempatkan dirinya dalam keadaan bahaya, kecuali dalam upaya untuk menyelamatkan nyawa manusia;
 - n. Penyakit kelamin atau segala yang berhubungan dengannya;
 - o. Pengobatan dan pengelolaan Berat Badan atau pembedahan *bariatric*;
 - p. HIV/AIDS yang terjadi dalam 5 tahun pertama Tertanggung menjadi peserta;
 - q. Prostetik, alat bantu penyangga, perangkat korektif dan peralatan medis tidak diperlukan untuk operasi bedah;
 - r. Berpartisipasi dalam kegiatan illegal dan perbuatan melawan hukum;
 - s. Jasa yang diberikan di luar Wilayah Penjaminan;
 - t. Biaya untuk memperoleh catatan atau dokumentasi medis.

PROSEDUR KLAIM ASURANSI

1. KLAIM CASHLESS

a. JARINGAN RUMAH SAKIT PROVIDER

- Peserta dapat memilih Rumah Sakit rekanan manapun sesuai dengan List Rumah Sakit Provider Euro Center.
- Peserta menunjukkan kartu Peserta Asuransi Kesehatan.
- Peserta menunjukkan kartu Peserta, kemudian pihak Rumah Sakit akan menghubungi Provider.
- Euro Center atau perwakilannya akan menerbitkan Surat Jaminan.

b. NON PROVIDER

Jika Anda dirujuk untuk Perawatan Inap atau Pembedahan di Rumah Sakit non-provider, Pacific Cross akan berusaha untuk mengatur pelunasan tagihan secara langsung dengan penyedia layanan kesehatan.

- Hubungi Pacific Cross untuk mendapatkan "Surat Jaminan" melalui no. telepon atau email yang terdapat di balik kartu kepesertaan Anda. Infokan: No. Polis, Nama Pemegang Polis, Nama Pasien (Tertanggung), Nama Rumah Sakit, Nama Diagnosa, dan Tanggal Rencana Rawat Inap.
- Saat Anda tiba di penyedia layanan kesehatan pada hari perawatan Anda, tunjukkan kartu kepesertaan Anda dan beritahu mereka bahwa Pembayaran Tagihan Langsung telah diurus.
- Mohon untuk selalu menghubungi Pacific Cross untuk setiap rencana klaim Anda sebelum Anda dirawat ataupun saat Anda sudah terdaftar sebagai pasien rawat inap.

2. KLAIM REIMBURSEMENT

Mohon untuk menyerahkan:

- Formulir klaim Rawat Inap / Rawat Jalan yang telah dilengkapi.
- Tagihan/kwitansi asli **beserta rincian biaya** dengan cap penyedia layanan disertai salinan resep dokter.
- Salinan hasil pemeriksaan diagnostik (Laboratorium, Radiologi, Patologi, dll)

Formulir Tambahan untuk perawatan khusus:

- Perawatan Lanjutan (Follow Up Care)
- Physiotherapy, Chiropractic, dan Acupuncture
- Chemotherapy dan Radiotherapy

Untuk klaim perawatan gigi, mohon untuk menyerahkan:

- "Claim Form for Dental Benefits" yang telah diisi lengkap. Dokter gigi diminta untuk menandai area gigi yang dirawat.
- Khusus klaim rawat gigi pertama kali wajib melampirkan formulir "Oral Examination Reports" dengan melampirkan foto X-Ray (panorama) gigi.
- Tagihan/kwitansi asli **beserta rincian biaya** dengan cap penyedia layanan disertai salinan resep dokter.

CATATAN PENTING

- Prosedur klaim **cashless hanya berlaku untuk perawatan inap saja**, dan jika dirawat di luar negeri hanya berlaku dengan batasan biaya **minimum USD 2,500**.
- Fotocopy kwitansi ataupun print-out komputer saja dari penyedia layanan **tidak bisa diterima**.
- Jika kwitansi di atas Rp. 1.000.000,- harus dilengkapi dengan materai.
- Pacific Cross atau Third Party Administratornya **berhak meminta tambahan dokumen** jika dokumen yang diberikan belum mencukupi untuk proses pembayaran klaim.
- Seluruh dokumen klaim harus diserahkan **paling lambat 90 hari** sejak tanggal pelayanan diberikan. Anda wajib melampirkan Surat Keterangan Keterlambatan disertai alasan keterlambatan jika melebihi ketentuan tersebut **tetapi tidak melebihi 180 hari** sejak tanggal pelayanan diberikan.
- Seluruh berkas klaim dikirimkan ke:
PT International Services Pacific Cross (Claim Division)
Chaze Plaza Tower 19th Floor, Jl. Jend Sudirman Kav. 21, Jakarta 12920, Indonesia