
POLICY DOCUMENT
(Effective April 1, 2023)

INTRODUCTION

This Policy is issued in consideration of the payment of the premiums specified herein and in reliance on the statements contained in the Application.

The Application and the questions and answers contained in the Application are the basis of this contract of insurance and are incorporated into this Policy. The effect of incorporating the questions and answers contained in the Application into the Policy is to make the truth and accuracy of the answers provided to the questions asked conditions precedent to the validity of the Policy.

The Company will pay benefits in accordance with and subject to the terms of this Policy where applicable.

14-Day Free Look: The Policyholder may return this Policy to the Company for cancellation within fourteen (14) days after receipt for a full refund of the premiums paid.

TERMS & CONDITIONS

1. DEFINITIONS

- 1.1 In this Policy, the following words and expressions shall have the following meanings unless the context otherwise requires:-
- “**Accident**” means an event
- (a) occurring entirely beyond the Insured Person’s control and is caused by violent, external and visible means; and
 - (b) happens while the Insured Person is covered under this Policy.

“**Act of Terrorism**” means an act whether involving violence or the use of force or not, and/or the threat or the preparation thereof, of any person or group(s) of persons, whether acting alone or on behalf of or in conjunction with any organization(s) or government(s), committed for political, religious, ideological or ethnic purposes or reasons, including the intention to influence any government and/or to put the public or any section of the public in fear.

“**Anaesthetist**” means a Physician who specializes in anaesthesiology and is registered to practice anaesthesiology under the relevant laws and regulations of the country in which he practices.

“**Application**” means the application form signed by the Policyholder and if the Insured Person is different from the Policyholder, by each Insured Person whereby the Policyholder applied for each Insured Person to be covered under this Policy and which application form forms part of this Policy.

“**Attending Physician, Physician**” means a person qualified by degree and licensed or registered to practice medicine under the relevant laws and regulations of the country in which he practices. The Attending Physician responsible for the medical treatment of an illness of an Insured Person may not be the Insured Person, an Immediate Family Member, or a travelling companion.

“**Benefits Schedule**” means the benefits schedule attached to this Policy.

“**Bonesetter**” means a person who specializes in bone-setting and is licensed or registered to practice bone-setting under the relevant laws and regulations of the country in which he practices.

“**Carrier**” means a transportation company or transport undertaking whose principal business is the carriage by air, sea or land of passengers and/or cargo for hire or reward and which is duly licensed or certified in all jurisdictions in which such business is carried on for such purposes.

“**Child**” means a person who is a minor under the laws of his Country of Residence or a full-time student of not more than 23 years of age. A Child includes a stepchild or a legally adopted child and the Child must be accompanied by his/her parent(s)/guardian(s) who is/are also insured under the same Policy and the level of coverage of the Child must not exceed his/her parent(s)/guardian(s). If the level of coverage of the parent(s)/guardian(s) is different, the benefits for the Child shall be at the lower level.

“**Chinese Medicine Practitioner**” means a person licensed or registered to practice Chinese medicine under the relevant laws and regulations of the country in which he practices.

“**Close Business Partner**” means a business associate that has a share in the insured Person’s business.

PENDAHULUAN

Polis ini diterbitkan dengan mempertimbangkan pembayaran premi yang ditetapkan dalam Polis ini dan sesuai dengan pernyataan yang terkandung di dalam Aplikasi.

Aplikasi beserta pertanyaan dan jawaban yang terkandung dalam Aplikasi adalah dasar dari kontrak asuransi ini dan termasuk bagian dalam Polis ini. Seluruh pertanyaan dan jawaban yang terkandung didalam aplikasi mempunyai pengaruh dalam Polis adalah untuk kebenaran dan keakuratan jawaban yang diberikan atas pertanyaan yang diajukan adalah sebagai prasyarat untuk keabsahan Polis tersebut.

Perusahaan akan membayar manfaat sesuai dan tunduk pada syarat-syarat Perjanjian Polis ini apabila layak.

14 hari free-look: Pemegang Polis dapat mengembalikan Polis ini ke Perusahaan untuk dibatalkan dalam waktu (14) empat belas hari setelah diterimanya pengembalian penuh untuk premi yang sudah dibayar.

SYARAT-SYARAT DAN KETENTUAN

1. DEFINISI

- 1.1 Dalam Polis ini, kata-kata dan istilah berikut memiliki arti sebagai berikut kecuali jika dinyatakan lain menurut konteks yang berlaku:-
- “**Kecelakaan**” berarti suatu kejadian
- (a) yang terjadi sepenuhnya di luar kendali Tertanggung dan disebabkan oleh kekerasan, berasal dari luar dan kasat mata; dan
 - (b) terjadi pada saat Tertanggung dijamin dalam Polis ini.

“**Tindak Terorisme**” berarti tindakan baik yang mencakup kekerasan atau penggunaan kekerasan, dan/atau ancaman atau persiapan daripadanya, dari seseorang atau sekelompok orang, baik yang dijalankan sendiri atau atas nama dari atau berkaitan dengan organisasi atau pemerintah apa pun, untuk tujuan atau alasan politik, keagamaan, ideologi atau suku, termasuk niat untuk mempengaruhi pemerintah apapun dan/atau untuk menakut-nakuti masyarakat umum atau golongan masyarakat tertentu.

“**Anestesi**” berarti dokter yang mempunyai keahlian anestesiologi dan sudah terdaftar sebagai praktisi anestesiologi menurut hukum dan peraturan di negara tempat dia berpraktek.

“**Aplikasi**” berarti formulir pengajuan yang ditandatangani oleh Pemegang Polis dan, jika Tertanggung berbeda dengan Pemegang Polis, oleh masing-masing Tertanggung dimana Pemegang Polis mengajukan aplikasi untuk masing-masing Tertanggung agar dijamin dalam Polis ini dan formulir Aplikasi tersebut menjadi bagian dari Polis ini.

“**Dokter, Dokter yang Merawat**” berarti seseorang yang memenuhi syarat berdasarkan gelar dan berlisensi atau terdaftar untuk melakukan praktek pengobatan menurut hukum dan peraturan di negara tempat dia berpraktek. Dokter yang Merawat bertanggung jawab atas perawatan medis dari Penyakit yang diderita oleh Tertanggung yang bukan merupakan Tertanggung, Anggota Keluarga Dekat, atau seorang Teman Seperjalanan.

“**Daftar Manfaat**” berarti daftar manfaat yang dilampirkan ke Polis ini.

“**Bonesetter/Ahli Pijat Tulang**” berarti orang yang ahli di bidang pijat tulang dan sudah berlisensi atau terdaftar untuk mempraktekkan pijat tulang menurut hukum dan peraturan yang berlaku di negara tempat dia berpraktek.

“**Perusahaan Pengangkut**” berarti perusahaan transportasi atau angkutan yang usaha utamanya mencakup pengangkutan penumpang dan/atau kargo melalui udara, laut atau darat melalui kontrak sewa atau dengan imbalan dan yang dilisensi atau disertifikasi disemua yurisdiksi dimana usaha tersebut dijalankan untuk tujuan tersebut.

“**Anak**” berarti orang dibawah umur berdasarkan hukum di Negara dimana ia tinggal atau pelajar penuh waktu yang berusia tidak lebih dari 23 tahun. Anak termasuk anak tiri atau anak adopsi sah dan Anak harus ditemani oleh orang tua/wali-nya yang juga menjadi tertanggung didalam polis yang sama dan tingkatan jaminan dari seorang anak harus tidak boleh melebihi orang tua/wali-nya. Jika tingkat jaminan dari orang tua/wali-nya berbeda, manfaat untuk anak harus berada pada tingkat yang lebih rendah.

“**Praktisi Medis Tiongkok**” berarti orang yang berlisensi atau terdaftar untuk pengobatan tradisional Tiongkok menurut hukum dan peraturan di negara tempat tempat dia berpraktek.

“**Rekan Usaha Dekat**” berarti rekanan usaha yang memiliki saham dalam usaha Tertanggung.

“Co-insurance” means other insurance or other benefits which pay or are payable in respect of any claims hereunder.

“Company” means PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance, Tbk.

“Congenital Condition” means a physical or mental abnormality
(a) existing at the time of birth; or
(b) manifesting within six months from the date of birth.

“Cosmetic Surgery” means re-constructive surgery or surgery which is not medically necessary or which is performed principally to improve or with the principal objective of improving the appearance of a person or which the person concerned considers or believes will improve his appearance and includes any surgery necessary for psychological reasons, adaptation and personal satisfaction in respect of a Disability covered under this Policy.

“Country of Residence” means the country in which the Insured Person or a Child, as applicable, is resident for not less than 6 months in a Policy Year and which is declared on the Application unless otherwise endorsed in the rider issued by the Company as the Country of Residence.

“Custodial Care” means

- (a) care provided mainly for personal needs, comfort or convenience that is provided by persons with or without specialized medical training or skills; or
- (b) care provided mainly to maintain, rather than improve the medical condition of a person as a prophylaxis precaution for a physical or mental function or to provide a protected environment.

“Deductible” means an amount as stipulated in the Benefits Schedule to be deducted from the benefits payable in respect of any Eligible Expenses in each Policy Year.

“Dentist” means a person qualified by degree and licensed or registered to practice dentistry under the relevant laws and regulations of the country in which he practices.

“Disability” means an Illness or Injury, and any symptoms, sequelae or complications thereof, and in the case of Injury includes all Injuries arising from the same event or series of contiguous events.

“Eligible Expenses” means medical expenses for treatments and services, which are medically necessary for the treatment of a Disability.

“Eligible Person” means

- (a) a person who is not a Child; or
- (b) a Child who has a parent/guardian who is or will become an Insured Person.

“Emergency” means a bona fide situation where there is a sudden change in an Insured Person's state of health, which requires urgent medical or surgical intervention to avoid imminent danger to his life or health.

“Follow-up Care” means the treatment ordered by the Attending Physician of the hospitalization, including follow-up consultation, relevant medicines, diagnostic tests and physiotherapy. Cover is restricted to follow-up treatment of the specific medical condition for which the Insured Person received inpatient treatment covered by the Policy. Follow-up treatment does not include regular outpatient consultation and long-term medication for chronic medical condition.

“Grace Period” means the period of thirty (30) days commencing from the date on which the relevant payment is due.

“Herb” means a plant whose leaves are used as a medicine for and are required for the treatment of an Illness or Injury covered under this Policy and which is prescribed by a Herbalist or Chinese Medicine Practitioner for the treatment of such Illness or Injury.

“Herbalist” means a person who grows or sells Herbs and who is licensed, registered or authorized under the relevant laws and regulations in the country in which he carries on such activities to grow or sell such Herbs.

“Home Nursing” means nursing care (not personal assistance) provided by a licensed nurse at home immediately after a hospital confinement, and must be certified by the Attending Physician to be medically necessary.

“Hospital” means an institution which is legally licensed, as a medical or surgical hospital in the country in which it is situated and whose main functions are not those of a spa, hydro-clinic, sanitarium, nursing home, home for the aged, rehabilitation center, a place for alcoholics or drug addicts. The Hospital must be under the constant supervision of a resident Physician.

“Ko-Asuransi” berarti asuransi lain atau manfaat-manfaat lainnya yang membayar atau dibayar sehubungan dengan klaim apa pun di bawah ini.

“Perusahaan” berarti PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance, Tbk.

“Kondisi Bawaan” berarti abnormalitas fisik atau mental

- (a) sudah ada saat lahir; atau
- (b) yang terjadi dalam waktu enam bulan sejak tanggal kelahiran

“Bedah Kosmetik” berarti pembedahan rekonstruktif atau pembedahan yang secara medis tidak diperlukan atau yang dilakukan terutama untuk memperbaiki atau dengan tujuan utama meningkatkan penampilan seseorang atau orang yang bersangkutan menganggap atau yakin akan memperbaiki penampilan dan mencakup semua pembedahan yang diperlukan untuk alasan psikologis, adaptasi dan kepuasan pribadi sehubungan dengan ketidakmampuan yang dijamin dalam Polis ini.

“Negara Domisili” berarti negara di mana Tertanggung atau Anak, sebagaimana yang berlaku, bertempat tinggal selama tidak kurang dari 6 bulan dalam tahun polis dan sebagaimana dinyatakan dalam Aplikasi kecuali jika dinyatakan lain dalam rider yang diterbitkan oleh Perusahaan sebagai Negara Domisili.

“Perawatan Kustodial” berarti

- (a) Perawatan yang diberikan terutama untuk kebutuhan pribadi, kenyamanan atau kemudahan yang dapat diberikan oleh orang-orang yang memiliki atau tidak memiliki pelatihan atau keahlian medis khusus; atau
- (b) Perawatan yang diberikan terutama untuk memelihara, bukannya memperbaiki kondisi medis dari seseorang sebagai pencegahan profilaksis untuk fungsi fisik atau mental atau untuk memberikan lingkungan yang aman

“Deductible” berarti jumlah yang ditetapkan dalam Daftar Manfaat untuk dikurangi dari manfaat yang dapat dibayar sehubungan dengan Pengeluaran yang Layak dalam setiap Tahun Polis.

“Dokter Gigi” berarti seseorang yang memiliki kualifikasi dengan gelar dan berlisensi atau terdaftar untuk melakukan praktek kedokteran gigi dibawah hukum dan peraturan di Negara dimana ia berpraktek.

“Ketidakmampuan” berarti suatu Penyakit atau Cidera, dan setiap gejala, sisa gejala atau komplikasi daripadanya, dan jika terjadi Cidera mencakup semua Cidera yang muncul dari kejadian yang sama atau serangkaian kejadian secara berturut-turut.

“Pengeluaran yang Layak” berarti pengeluaran medis untuk perawatan dan layanan, yang dibutuhkan secara medis untuk perawatan suatu Ketidakmampuan.

“Orang yang Layak” berarti

- (a) seseorang yang bukan Anak; atau
- (b) seorang anak yang memiliki orang tua/wali yang atau akan menjadi seorang Tertanggung.

“Keadaan Darurat” berarti situasi *bona fide* dimana terdapat perubahan tiba-tiba terhadap status kesehatan Tertanggung, yang membutuhkan intervensi medis atau bedah segera untuk mencegah bahaya yang datang terhadap hidup atau kesehatannya.

“Perawatan Lanjutan” berarti perawatan yang diperintahkan oleh Dokter yang merawat pada saat rawat inap, termasuk konsultasi tindak lanjut, obat-obatan yang sesuai, tes diagnostik dan fisioterapi. Jaminan dibatasi hanya untuk perawatan tindak lanjut dari kondisi medis khusus dimana Tertanggung menerima perawatan inap yang dijamin oleh Polis ini. Perawatan tindak lanjut tidak termasuk konsultasi rawat jalan rutin dan pengobatan jangka panjang untuk kondisi medis yang kronis.

“Masa Tenggag” berarti jangka waktu selama tiga puluh (30) hari sejak tanggal jatuh tempo pembayaran premi.

“Herbal” berarti tanaman yang daunnya digunakan sebagai obat-obatan dan dibutuhkan untuk merawat Penyakit atau Cidera yang dijamin dalam Polis ini dan yang diresepkan oleh Herbalis atau Praktisi Medis Tradisional Tiongkok untuk perawatan dari Penyakit atau Cidera tersebut.

“Herbalis” berarti orang yang menanam atau menjual Herbal dan ia berlisensi, terdaftar atau disahkan menurut hukum dan peraturan di negara di mana ia melakukan kegiatan menanam dan menjual herbal tersebut.

“Perawat di Rumah” berarti asuhan keperawatan (bukan bantuan pribadi) yang diberikan oleh perawat berlisensi di rumah, segera setelah perawatan inap di Rumah Sakit, dan harus disertifikasi oleh Dokter yang Merawat dan diperlukan secara medis.

“Rumah Sakit” berarti sebuah institusi yang secara sah berlisensi, sebagai tempat berobat atau rumah sakit untuk pembedahan di negara dimana itu berada dan fungsi utamanya bukanlah sebagai spa, hidroklirik, sanatorium, rumah perawatan, panti jompo, pusat rehabilitasi, sebuah tempat untuk pecandu alkohol atau narkoba. Rumah Sakit harus selalu berada dibawah pengawasan Dokter tetap.

“Illness” means a sickness or disease marked by a pathological deviation from the normal healthy state:-

- (a) beginning or occurring after thirty (30) days from the Policy Effective Date; and
- (b) which requires treatment by a Physician, Specialist or Surgeon; and
- (c) which is covered by this Policy.

“Immediate Family Members” means an Insured Person’s legal spouse, children (natural or adopted), siblings, siblings-in-law, parents, parents-in-law, grandparents, grandchildren, legal guardians, stepparents or stepchildren.

“Injury” means a bodily injury (which for the avoidance of doubt excludes all psychiatric conditions) arising wholly and exclusively from an Accident which independently of all other causes directly results in loss covered by this Policy.

“Inpatient” means an Insured Person who suffers a Disability and who is admitted to Hospital for the treatment of that Disability and occupies a Hospital bed in connection therewith for a continuous period of not less than 18 hours.

“Insured Person” means any one of the persons named in the Policy Schedule as an Insured Person.

“Medically Necessary” means the need for medical care or treatment of covered Injury or Illness which is:

- (a) consistent with the diagnosis and customary medical treatment for such covered Injury or covered Illness;
- (b) in accordance with good and prudent medical practice;
- (c) not for the convenience of the Policyholder, the Insured Person or any individual who cares for him or her or any individual who is part of his or her family; and
- (d) necessary to safely perform surgery, medical treatment and/or services which cannot be safely delivered without confinement, for the event of confinement.

“Medicines and Drugs” are any medicines or drugs (other than those which are experimental or unproven) prescribed by a Physician which are specifically required for the treatment of a Disability.

“Miscellaneous Charges” means expenses required for laboratory tests, x-rays, Professional Fees, medicines and drugs, blood and plasma, kidney dialysis, wheelchair rentals, outpatient surgery, surgical appliances and devices, and intra-operative standard prosthetic devices.

“Normal, Usual and Customary Charges” means a reasonable charge, which is

- (a) usual and customary when compared with the charges made for similar services and supplies in the locality of the Insured Person; and
- (b) made to persons having similar medical conditions in the locality of the Insured Person.

“North America” means Canada, United States of America, Mexico and the Caribbean Islands.

“Optional Benefit” means a benefit included in this Policy which is included at the option of the Policyholder with the agreement of the Company and in respect of which the relevant rider is attached to this Policy and which is described as an affirmed benefit and for which additional premiums are payable to the Company.

“Period of Insurance” means the period stated on the Policy Schedule to be the period of insurance or subsequently any renewal thereof during which the Policy is in effect.

“Permanent Total Disablement” means disablement which entirely prevents the Insured Person from attending to his business or occupation of any and every kind and which lasts 52 consecutive weeks and at the expiry of that period is beyond hope of improvement.

“Persistent Vegetative State” means

- (a) a severe decrease of consciousness in which an Insured Person with neurologic damage is in a state of partial arousal rather than true awareness, though superficial signs such as eye opening, swallowing and spontaneous breathing and the like may persist; and
- (b) the state must have continued for at least four (4) weeks with no signs of improvement, when all reasonable attempts have been made to alleviate this condition.

“Policy” means this policy document and includes the Application, the Policy Schedule, the Benefits Schedule and the Surgical Schedule and any Optional Benefits included in this policy document with the relevant riders attached to this policy document and any endorsements, amendments or riders thereto which have been approved by an executive officer of the Company.

“Policy Effective Date” means 12:00 midnight (local time in the Country of Residence) on the first day of the Period of Insurance.

“Policy Schedule” means the policy schedule attached to this Policy.

“Penyakit” berarti sakit atau kondisi fisik yang ditandai oleh penyimpangan patologi dari status kesehatan normal:-

- (a) dimulai atau terjadi setelah tiga puluh (30) hari sejak Tanggal Berlakunya Polis; dan
- (b) yang membutuhkan perawatan oleh seorang Dokter, Spesialis atau Ahli Bedah; dan
- (c) yang dijamin oleh Polis.

“Anggota Keluarga Dekat” berarti pasangan sah, anak-anak (kandung atau diadopsi), saudara kandung, saudara ipar, orangtua, mertua, kakek/nenek, cucu, wali hukum, orang tua tiri atau anak tiri dari Tertanggung.

“Cidera” berarti cedera fisik (yang mana untuk menghindari keraguan, tidak termasuk semua kondisi kejiwaan) yang muncul sepenuhnya dan secara khusus dari kecelakaan yang terlepas dari sebab-sebab lainnya, secara langsung menyebabkan kerugian yang dijamin dalam Polis ini.

“Rawat Inap” berarti Tertanggung yang menderita suatu ketidakmampuan dan dimasukkan ke Rumah Sakit untuk perawatan suatu Ketidakmampuan dan menempati ranjang Rumah Sakit sehubungan dengannya selama jangka waktu tidak kurang dari 18 jam.

“Tertanggung” berarti semua orang-orang yang namanya tercantum dalam Daftar Manfaat sebagai Orang yang Diasuransikan.

“Dibutuhkan secara Medis” berarti dibutuhkan untuk perawatan atau pelayanan medis dari cedera atau penyakit yang dijamin dimana:

- (a) konsisten dengan diagnosa dan perawatan medis biasa untuk cedera atau penyakit yang dijamin;
- (b) sesuai dengan praktek medis yang sesuai dan wajar;
- (c) bukan untuk kenyamanan dari Pemegang polis, Tertanggung atau setiap individu yang terkait dengannya atau individu yang merupakan bagian dari keluarganya; dan
- (d) diperlukan untuk dapat dilakukan operasi dengan aman, perawatan dan/atau pelayanan medis yang tidak dapat diberikan secara aman tanpa rawat inap, dalam hal perawatan inap.

“Obat-obatan” adalah obat-obatan apa pun (selain dari yang bersifat percobaan atau belum terbukti) yang diresepkan oleh Dokter yang secara khusus dibutuhkan untuk perawatan suatu ketidakmampuan.

“Biaya Aneka Perawatan” berarti biaya untuk pemeriksaan yang diperlukan untuk laboratorium, sinar-x, Biaya Professional, obat-obatan, darah dan plasma, dialisa ginjal, sewa kursi roda, operasi rawat jalan, peralatan dan perlengkapan bedah, dan peralatan prosthesis standar intra-operatif.

“Biaya-biaya Normal, Biasa & Umum” berarti biaya-biaya yang wajar, yang

- (a) biasa dan wajar jika dibandingkan dengan biaya-biaya yang terjadi untuk layanan dan peralatan yang sama di wilayah tempat Tertanggung dirawat, dan
- (b) diberikan kepada orang-orang dengan kondisi medis yang sama di wilayah tempat Tertanggung dirawat.

“Amerika Utara” berarti Kanada, Amerika Serikat, Meksiko dan Kepulauan Karibia.

“Pilihan Manfaat” berarti manfaat yang termasuk dalam Polis ini yang dimasukkan atas pilihan Pemegang Polis dengan persetujuan oleh Perusahaan dan sehubungan dengan rider terkait yang terlampir pada Polis ini dan yang dijelaskan sebagai manfaat sah dan yang mana pembayaran premi tambahan telah dibayarkan kepada Perusahaan.

“Periode Asuransi” berarti periode yang tertera pada Daftar Polis sebagai periode asuransi atau periode perpanjangan Polis dan seterusnya, selama Polis tersebut berlaku.

“Cacat Total Permanen” berarti kecacatan total yang menghalangi Tertanggung melakukan usaha atau pekerjaannya yang bersifat apapun dan setiap jenisnya dan untuk jangka waktu lebih dari 52 minggu berturut-turut dan pada saat berakhirnya jangka waktu diluar harapan adanya perbaikan.

“Persistent Vegetative State” berarti

- (a) sebuah penurunan kesadaran yang berat dimana Tertanggung dengan kerusakan neurologis berada dalam keadaan terstimulasi sebagian daripada benar-benar sadar, meskipun tanda-tanda dasar seperti membuka mata, menelan dan pernafasan spontan dan semacamnya tetap kuat; dan
- (b) keadaan tersebut harus berlanjut paling sedikit empat (4) minggu tanpa tanda – tanda peningkatan, ketika semua upaya yang wajar telah dilakukan untuk mengurangi kondisi tersebut.

“Polis” berarti dokumen polis ini dan termasuk Aplikasi, Daftar Polis, Daftar Manfaat dan Daftar Pembedahan serta Pilihan Manfaat lainnya termasuk dalam dokumen polis ini dengan dokumen tambahan yang dilampirkan ke dokumen polis ini dan segala endorsement, perubahan atau rider lainnya yang telah disetujui oleh pejabat eksekutif Perusahaan.

“Tanggal Berlaku Polis” berarti jam 12:00 tengah malam (waktu setempat di Negara Domisili) di hari pertama dari Periode Asuransi.

“Daftar Polis” berarti Daftar Polis yang dilampirkan dalam Polis ini.

“**Policy Year**” means a calendar year commencing on the Policy Effective Date or any anniversary of that date.

“**Policyholder**” means the person named in the Policy Schedule as the Policyholder and to whom this Policy has been issued in respect of insurance of the Insured Persons. The Policyholder should be no less than 18 years of age at the time the Application is signed.

“**Pre-existing Condition**” means any Disability

- which existed before the Policy Effective Date in respect of an Insured Person, which presented signs or symptoms of which the Insured Person was aware or should reasonably have been aware; or
- for which treatment, or medication, or advice, or diagnosis has been sought or received during the two (2) years prior to the commencement of the Policy by an Insured Person; or
- which was known by the Insured Person to exist prior to the commencement of the Policy whether or not treatment, or medication, or advice, or diagnosis was sought or received.

“**Private Room**” means a room for single occupancy of Insured Person’s private use during the confinement with its own private facilities including a bedroom and bath / shower room only, but excluding any room of upper class with its own kitchen, dining or sitting room(s) or otherwise. A Private Room shall exclude “deluxe”, “suite”, “executive”, “VIP”, “VVIP” room and any other room of a class equivalent to or higher than that of a Private Room as defined above, irrespective of its label.

“**Professional Fees**” means the fee payable to licensed medical professionals such as occupational therapist, physiotherapist, acupuncturist, dietician, Attending Physician (except Surgeon), pathologist and radiologist.

“**Public Conveyance**” means all public common Carrier such as multi-engined aircrafts, buses, trains, ships, hovercrafts, ferries, and taxis that are licensed to carry fare-paying passengers and coach being arranged by travel agency and is not a contractor or private Carrier.

“**Public Place**” means any publicly accessible location (such as car park, street, park, environmental area, bus station, airport, sport stadium or shopping centre) including public transportation of any kind or any other similar place or location.

“**Rehabilitation**” means treatment in the form of a combination of therapies such as physical, occupational and speech therapy aimed at restoring full function after an acute event which requires inpatient treatment. Rehabilitation is subject to the written certification by the Attending Physician and for the avoidance of doubt the Rehabilitation has to be started during the hospitalization or within fourteen (14) days immediately after the hospitalization.

“**Renewal Date**” means the date specified in the Policy Schedule to be the renewal date.

“**Room & Board**” the Company shall reimburse the Normal, Usual and Customary Charges for the actual expenses charged by a Hospital for accommodation and meals of the Insured Person during the Insured Person’s confinement.

If the Insured Person is confined in a room class above the eligible level of Room & Board on any days of a confinement, whether voluntary or involuntary, the inpatient benefits payable under the Benefit Schedule, including but not limited to Room & Board, shall be adjusted as follows: -

Entitlement level of Room & Board	Level of Room confined	Reimbursement of Eligible Expenses
Semi-Private	Private	50%
Semi-Private	Higher than Private	25%
Private	Regular Suite	50%
Private	Higher than Regular Suite	25%

“**Short Period Rate**” means the rate calculated in accordance with the formula below in respect of the period prior to cancellation of this Policy in respect of which this Policy has been in force.

Period prior to cancellation	Short Period Rate on annual premium
(a) The first month	20%
(b) For each successive month after the first month	10%
(c) More than eight (8) months	100%

For the avoidance of doubt, the premiums for addition of Insured Persons during the Period of Insurance are not entitled to refund and any indebtedness under this Policy shall be deducted from the premium to be refunded.

“**Specialist**” means a Physician who specializes in one particular area of medicine.

“**Tahun Polis**” berarti tahun kalender yang dimulai pada Tanggal Berlaku Polis atau tanggal yang sama pada tahun-tahun berikutnya.

“**Pemegang Polis**” berarti orang yang namanya dicantumkan dalam Daftar Polis ini sebagai Pemegang Polis dan kepada siapa Polis ini diterbitkan untuk tujuan asuransi Tertanggung. Pemegang Polis tidak boleh berusia kurang dari 18 tahun pada saat Aplikasi ditandatangani.

“**Kondisi yang sudah ada sebelumnya**” berarti setiap Cacat

- yang sudah ada sebelum Tanggal Berlakunya Polis terkait dengan Tertanggung, yang menunjukkan tanda-tanda atau gejala yang sudah diketahui atau seharusnya diketahui oleh Tertanggung; atau
- untuk mana perawatan, atau pengobatan, atau nasihat, atau diagnosisnya telah diminta atau diterima selama dua (2) tahun sebelum dimulainya Polis oleh Tertanggung; atau
- yang keberadaannya telah diketahui oleh Tertanggung sebelum dimulainya Polis, terlepas dari apakah perawatan, atau pengobatan, atau nasihat, atau diagnosis telah diminta atau diterima.

“**Kamar Privat**” berarti Kamar satu tempat tidur untuk Tertanggung gunakan secara pribadi selama perawatan inap dengan fasilitas pribadi termasuk satu tempat tidur dan kamar mandi saja, namun tidak termasuk setiap kelas kamar lebih tinggi dengan dapur, ruang makan, ruang tamu atau sebaliknya. Kamar Privat tidak termasuk kamar “deluxe”, “suite”, “eksekutif”, “VIP”, “VVIP” dan kelas kamar lainnya yang setara tersebut atau lebih tinggi dari Kamar Privat sesuai penjelasan diatas, terlepas dari labelnya.

“**Biaya Profesional**” berarti biaya yang dapat dibayarkan untuk jasa medis profesional berlisensi seperti ahli terapi okupasi, ahli fisioterapi, ahli akupuntur, ahli gizi, Dokter yang Merawat (kecuali ahli bedah), ahli patologi dan ahli radiologi.

“**Jasa Pengangkutan**” berarti semua jasa Pengangkutan Umum seperti pesawat bermesin ganda, bus, kereta api, kapal laut, *hovercraft*, kapal feri dan taxi yang memiliki izin untuk membawa penumpang yang membayar ongkos perjalanan yang diatur oleh agen perjalanan dan bukanlah sebuah perusahaan kontraktor atau jasa pengangkutan pribadi.

“**Tempat Umum**” berarti lokasi yang dapat diakses oleh publik (seperti tempat parkir mobil, jalan raya, taman, wilayah sekitar, terminal bus, bandara, stadion olahraga atau pusat perbelanjaan) termasuk angkutan umum jenis apapun atau tempat atau lokasi serupa.

“**Rehabilitasi**” berarti perawatan dalam bentuk kombinasi berbagai terapi seperti terapi fisik, kerja dan wicara yang ditujukan bagi pemulihan fungsi keseluruhan setelah kejadian akut yang membutuhkan perawatan inap. Rehabilitasi diberikan sesuai dengan sertifikasi tertulis dari Dokter yang Merawat dan untuk menghindari keraguan, rehabilitasi harus dimulai selama perawatan inap atau dalam empat belas (14) hari segera setelah perawatan inap.

“**Tanggal Pembaruan**” berarti tanggal yang ditetapkan dalam Ikhtisar Polis sebagai tanggal pembaruan.

“**Kamar & Akomodasi**” Perusahaan akan mengganti biaya Normal, Biasa dan Umum untuk biaya terjadi yang dibebankan oleh Rumah Sakit untuk akomodasi dan makan dari Tertanggung selama Tertanggung dirawat.

Jika Tertanggung dirawat di kamar yang lebih tinggi dari tingkat Kamar & Akomodasi yang layak menjadi haknya selama tiap hari perawatan inap, apakah atas permintaan sendiri atau tidak, manfaat rawat inap yang dibayarkan didalam Daftar Manfaat, termasuk namun tidak terbatas pada Kamar & Akomodasi, akan disesuaikan sebagai berikut:-

Tingkat Kamar & Akomodasi yang sesuai hak	Tingkat Kamar yang digunakan	Penggantian Biaya yang Layak
Semi-Privat	Privat	50%
Semi-Privat	Lebih tinggi dari Privat	25%
Privat	Regular Suite	50%
Privat	Lebih tinggi dari Regular Suite	25%

“**Tarif Jangka Pendek**” berarti tarif yang dihitung sesuai dengan rumus di bawah ini sesuai jangka waktu sebelum pembatalan Polis ini dimana Polis ini telah berlaku.

Jangka Waktu Sebelum Pembatalan	Tarif Jangka Pendek dari Premi Tahunan
(a) Kurang dari satu (1) bulan	20%
(b) Untuk setiap bulan berikutnya setelah bulan pertama	10%
(c) Lebih dari delapan (8) bulan	100%

Untuk menghindari keraguan, premi dari penambahan tertanggung selama periode asuransi tidak berhak mendapatkan pengembalian dan semua hutang dalam Polis ini akan dikurangkan dari premi yang akan dikembalikan.

“**Spesialis**” berarti Dokter yang ahli di salah satu bidang kedokteran.

“**Surgeon**” means a person qualified by degree and licensed or registered to practice surgery under the relevant laws and regulations of the country in which he practices surgery.

“**Surgeon’s Fee**” means the fee payable to a Surgeon or Surgeons for providing surgery to treat a Disability. The Surgeon’s Fee includes pre-surgical assessment, hospital visits and normal post surgical care and is subject to Normal, Usual and Customary Charges.

“**Surgical Schedule**” means the surgical schedule attached in this policy document which indicates the maximum amount payable by the Company for a surgical operation.

“**US\$**” or “**US Dollars**” means the lawful currency of the United States of America.

“**Waiting Period**” means the thirty (30) days immediately following the date on which such premiums are paid.

- 1.2 In this Policy where the context admits, words importing the singular shall include the plural and vice versa and words importing the masculine or neuter gender shall each include the feminine, masculine and neuter genders.
- 1.3 References in this Policy to clause numbers shall be references to the clauses of this Policy so numbered and references in this Policy in paragraph numbers shall be references to the paragraphs of the relevant Optional Benefit to this Policy so numbered.

HEALTH PLAN

2. TERM

- 2.1 Each Period of Insurance begins at 12:00 midnight on the first day and ends at 12:00 midnight on the last day (local time in the Insured Person’s Country of Residence).
- 2.2 Except where the Company has agreed in writing that the payment of premiums payable under this Policy may be paid on a periodical basis, there is no cover under this Policy until all the premiums payable under this Policy are paid. When all such premiums are paid, cover under this Policy will commence on the first day of the Period of Insurance subject to the terms and conditions (including the exclusions) of this Policy and excluding further:-
 - (a) any Disability for which any signs or symptoms exist prior to the date on which such premiums are paid that is aware or should reasonably have been aware by an Insured Person. For the avoidance of doubt when all such premiums are paid cover under this Policy will commence on the first day of the Period of Insurance subject to the terms and conditions (including exclusions) of this Policy; and
 - (b) any Illness that begins or manifests during the Waiting Period.
- 2.3 If the premiums payable under this Policy may be paid on a periodical basis, cover under this Policy will immediately lapse and no further cover will be provided under this Policy if any periodical payment of the premiums payable under this Policy are overdue or unpaid for thirty (30) days after the date on which that periodical payment was due and should have been paid. Further, the Company has the right to offset any unpaid premium(s) due periodically against any benefits which may become payable hereunder.
3. **Minimum Enrolment Ages**
No person shall be insured under this Policy who at the time of first enrolment is less than the age of 15 days.
4. **Cancellation**
 - 4.1 The Policyholder may cancel this Policy at any time by written notice to the Company sent by registered post to the Company’s third party administrative office. Date of effective of cancellation is subject to approval and confirmation of the Company.
 - 4.2 Without prejudice to any claims made or to be made in respect of a Disability incurred or that begins or manifests itself prior to the date of cancellation and further without prejudice to any rights of the Company to avoid this Policy or any cover under this Policy, this Policy may only be cancelled by the Company at any time by written notice to the Policyholder at his last known address in any of the following circumstances or events:-
 - (a) misstatement of the age of the Policyholder or relevant Insured Person;
 - (b) misstatement or misrepresentation, whether by omission or commission, of the physical or mental condition of the Policyholder or relevant Insured Person;
 - (c) with holding or failing to disclose any material information and facts regarding the Policyholder’s or relevant Insured Person’s physical or mental condition;
 - (d) failing to advise or disclose the Policyholder’s or relevant Insured Person’s occupation or vocation or change of occupation or vocation;
 - (e) failing to advise of the Policyholder’s or relevant Insured Person’s change of address.

“**Ahli Bedah**” berarti orang yang memenuhi syarat berdasarkan gelar dan berlisensi atau terdaftar sebagai praktisi bedah menurut hukum dan peraturan yang berlaku di negara di mana ia melakukan praktik bedah.

“**Biaya Ahli Bedah**” berarti biaya yang dapat dibayarkan kepada ahli bedah atau para ahli bedah karena memberikan pembedahan untuk mengobati suatu ketidakmampuan. Biaya Ahli Bedah termasuk penilaian pra-bedah, kunjungan di rumah sakit dan perawatan normal paska operasi sesuai dengan biaya yang Normal, Biasa dan Umum.

“**Daftar Pembedahan**” berarti daftar pembedahan yang dilampirkan pada dokumen polis ini yang menunjukkan jumlah maksimum yang dapat dibayarkan oleh Perusahaan untuk suatu operasi bedah.

“**US\$**” atau “**Dolar AS**” berarti mata uang sah dari Amerika Serikat.

“**Masa Tunggu**” berarti tiga puluh (30) hari segera mengikuti tanggal dimana premi dibayarkan

- 1.2. Dalam Polis ini, dimana konteks berlaku, kata-kata yang mengandung unsur tunggal dapat mencakup unsur jamak dan sebaliknya. Kata-kata yang mengandung unsur maskulin atau netral dapat juga mencakup unsur feminin, maskulin dan netral.
- 1.3. Acuan dalam Polis ini untuk klausa nomor-nomor harus berupa acuan terhadap klausa-klausa dalam Polis ini yang diberi nomor sesuai dengan itu, dan acuan dalam Polis ini dalam nomor paragraf juga menjadi acuan kepada paragraf-paragraf Manfaat Pilihan terkait dalam Polis ini yang diberi nomor sesuai dengan itu.

RENCANA KESEHATAN

2. JANGKA WAKTU

- 2.1. Masing-masing Periode Asuransi dimulai pada jam 12:00 tengah malam di hari pertama dan berakhir pada jam 12:00 tengah malam di hari terakhir (waktu setempat di dalam Negara Tempat Tertanggung Tinggal).
- 2.2. Kecuali jika disetujui secara tertulis oleh Perusahaan bahwa pembayaran premi Polis ini harus dilakukan secara berkala, tidak ada perlindungan dalam Polis ini yang akan diberikan hingga semua premi yang harus dibayar dalam Polis ini sudah dilunasi. Jika semua premi tersebut dibayar, perlindungan dalam Polis akan dimulai di hari pertama Periode Asuransi sesuai dengan syarat dan ketentuan (termasuk pengecualian-pengecualian yang ada) Polis ini dan tidak termasuk hal-hal berikut: -
 - (a) Ketidakmampuan apa pun yang tanda atau gejalanya sudah ada sebelum tanggal pembayaran premi yang diketahui atau seharusnya diketahui oleh Tertanggung. Untuk menghindari keraguan ketika premi tersebut dibayarkan jaminan dalam polis ini akan berlaku di hari pertama dari periode asuransi sesuai dengan syarat dan ketentuan (termasuk pengecualian) dari polis ini; dan
 - (b) Penyakit apa pun yang dimulai atau muncul dalam masa tunggu.
- 2.3. Jika premi yang dapat dibayarkan menurut Polis ini boleh dibayar secara berkala, jaminan dalam Polis ini akan secara segera berakhir dan tidak ada jaminan lebih lanjut yang akan diberikan terkait dengan Polis ini jika pembayaran premi berkala sudah lewat jatuh tempo atau tidak dibayar selama tiga puluh (30) hari setelah tanggal jatuh tempo pembayaran berkala dan seharusnya dibayar tersebut. Selain itu, Perusahaan berhak melakukan *offset* terhadap premi-premi yang belum dibayar yang jatuh tempo secara berkala terhadap manfaat-manfaat lainnya yang mungkin harus dibayar menurut Polis ini.
3. **Usia Pendaftaran Minimum**
Tidak ada orang yang dapat menjadi tertanggung dalam Polis ini pada saat didaftarkan pertama kalinya kurang dari 15 hari.
4. **Pembatalan**
 - 4.1. Pemegang Polis dapat membatalkan Polis ini kapan pun melalui pemberitahuan tertulis kepada Perusahaan yang dikirim melalui pos terdaftar ke kantor administrasi pihak ketiga dari Perusahaan. Tanggal efektif pembatalan sesuai dengan persetujuan dan konfirmasi Perusahaan.
 - 4.2. Tanpa mengurangi klaim apa pun yang diajukan atau akan diajukan terkait dengan ketidakmampuan yang terjadi atau dimulai atau muncul sebelum tanggal pembatalan dan selanjutnya tanpa mengurangi hak-hak Perusahaan untuk menghindari Polis ini atau perlindungan apa pun dalam Polis ini. Polis ini hanya boleh dibatalkan oleh Perusahaan kapan pun melalui surat pemberitahuan tertulis kepada pemegang Polis di alamat terakhir yang diketahui jika terjadi salah satu hal berikut:
 - (a) pernyataan yang salah terkait usia Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan;
 - (b) pernyataan atau pemberitahuan yang salah, baik karena tidak disengaja atau disengaja atas kondisi fisik atau mental Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan.
 - (c) tidak memberitahukan atau lalai untuk memberitahukan informasi dan fakta penting mengenai kondisi fisik atau mental Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan;

- (d) kelalaian menyatakan atau mengungkapkan pekerjaan atau lapangan pekerjaan atau perubahan pekerjaan atau lapangan pekerjaan Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan;
- (e) kelalaian memberitahu perubahan alamat Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan.

4.3 If this Policy is cancelled by the Policyholder or the Company, the Company shall refund the premium paid less an amount calculated with reference to the Short Period Rates provided that no such refund shall be paid if any claim has been paid or is payable under this Policy during the current Policy Year. The refund is subject to return of any valid Coverage Card(s) and/or outpatient card(s).

5. Premiums

5.1 Premiums and indebtedness including but not limited to premiums for addition of Insured Persons and claims charge back from previous policy year are payable on the first day of a Period of Insurance.

5.2. The amount of premium payable is calculated based on the age of each Insured Person on the first day of each Period of Insurance, the table of rates determined by the Company in effect on the date on which a premium is due, and any other factors which the Company considers to be relevant.

5.3. The Company may revise the amount of premium payable on the renewal or the resumption of this Policy based on the table of rates which then applies, the history of claims of an Insured Person and any factors which the Company considers to be relevant.

6. Guaranteed Renewal of Policy

Subject to clause 4.2, the Company guarantees that this Policy may be renewed at the end of each Period of Insurance by the payment of the premiums payable under this Policy on the Renewal Date. Premiums may be revised based on claims experience and other criteria which the Company, at its sole discretion, may determine. This Policy will be renewed with effect from the Renewal Date on receipt by the Company of all such premiums within the Grace Period. However, the Company expressly reserves the right, at any time by written notice to the Policyholder at his known address, to change the terms of the Policy.

7. Suspension and Resumption of Cover

7.1 Subject to clause 4 and without prejudice to any rights of the Company to avoid this Policy or any cover under this Policy, cover under this Policy for all Insured Persons will continue in force during the Grace Period in respect of the premiums payable under this Policy in respect of the relevant Policy Year. If any premium is not paid to and received by the Company before the end of the relevant Grace Period, all cover under this Policy will be suspended and payment of a premium after expiry of the relevant Grace Period will be deemed to be an application for resumption of cover under this Policy.

7.2. Any receipt given by the Company for the payment of premium will be conditional on whether approval is granted by the Company for the application for resumption of cover and no such receipt shall be, or shall be deemed to be, confirmation of the resumption of cover and until such application has been approved and confirmation issued in accordance with clause 7.4, no cover shall be provided under this Policy.

7.3. The Company may require additional information or documentation in support of the application for resumption of cover. If such information or documentation is not forthcoming, cover under this Policy will remain suspended and the Company may refund the premiums paid in respect of the relevant Policy Year.

7.4. Reinstatement of cover under this Policy shall be at the entire discretion of the Company and cover shall be reinstated only by written confirmation of the Company.

7.5. Notwithstanding any other provision of this Policy, if cover under this Policy is reinstated following a suspension, no benefits shall be payable in relation to:-

- (a) an Injury which arises during the period when cover under this Policy is suspended; or
- (b) an Illness that begins or manifests on any day on which cover under this Policy is suspended or during the ten (10) days immediately following the resumption of cover under this Policy.

8. Coverage Card

A Coverage Card shall be issued to each Insured Person at the time of enrolment. Subject to clause 4 and without prejudice to any rights of the Company to avoid this Policy or any cover under this Policy, a coverage card shall confirm cover under this Policy of the relevant Insured Person to whom it is issued and shall remain valid for as long as premiums payable under this Policy are paid.

4.3. Jika Polis ini dibatalkan oleh Pemegang Polis atau Perusahaan, Perusahaan akan mengembalikan premi yang sudah dibayar dikurangi dengan jumlah perhitungan Tarif Jangka Pendek dengan syarat bahwa pengembalian uang tersebut tidak akan dilakukan jika klaim telah atau harus dibayar menurut Polis ini selama Tahun Polis yang berjalan. Pengembalian termasuk semua Kartu Kepesertaan yang sah dan/atau kartu rawat jalan.

5. Premi

5.1. Premi dan hutang premi termasuk namun tidak terbatas pada premi penambahan Tertanggung dan tagihan klaim kembali dari polis tahun sebelumnya harus dibayar di hari pertama Periode Asuransi.

5.2. Jumlah premi yang harus dibayar dihitung berdasarkan usia masing-masing Tertanggung di hari pertama setiap periode asuransi, tabel tarifnya ditentukan oleh Perusahaan yang berlaku pada jatuh tempo dan faktor-faktor lainnya yang dianggap terkait oleh Perusahaan.

5.3. Perusahaan dapat merevisi jumlah premi yang harus dibayar untuk pembaruan atau perpanjangan Polis ini berdasarkan tabel, tarif yang berlaku saat itu, riwayat klaim Tertanggung dan faktor-faktor lainnya yang dianggap terkait oleh Perusahaan.

6. Pembaruan Polis yang Dijamin

Sesuai dengan klausa 4.2, Perusahaan menjamin bahwa polis ini dapat diperbarui di akhir setiap Periode Asuransi melalui pembayaran premi pada Tanggal Pembaruan Polis ini. Premi ini dapat direvisi berdasarkan pengalaman klaim dan kriteria lainnya yang ditentukan secara sepihak oleh Perusahaan. Polis ini akan diperbarui sejak Tanggal Pembaruan atau diterimanya semua premi yang jatuh tempo oleh Perusahaan dalam masa tenggang yang disediakan. Akan tetapi, Perusahaan memiliki hak, setiap saat melalui pemberitahuan tertulis kepada Pemegang Polis ke alamat yang dikenal, untuk mengubah kondisi Polis.

7. Penangguhan dan Pemulihan Jaminan

7.1. Sesuai dengan klausa 4 dan tanpa mengurangi hak-hak Perusahaan untuk menghindari atau perlindungan apa pun dalam Polis ini, jaminan dalam Polis ini untuk semua Tertanggung akan terus berlaku selama Masa Tenggang untuk semua premi yang harus dibayar dalam Polis ini sehubungan dengan Tahun Polis yang bersangkutan. Jika premi apapun tidak dibayar kepada dan diterima oleh Perusahaan sebelum akhir Masa Tenggang, semua perlindungan dalam Polis ini akan ditangguhkan dan pembayaran premi setelah berakhirnya Masa Tenggang akan dianggap sebagai pengajuan aplikasi untuk memulihkan jaminan Polis ini.

7.2. Setiap tanda terima pembayaran yang diberikan oleh Perusahaan untuk pembayaran premi tergantung pada apakah Perusahaan telah menyetujui aplikasi pemulihan jaminan dan tidak ada tanda terima pembayaran yang dapat dianggap sebagai konfirmasi dari pemulihan jaminan dan sampai aplikasi tersebut telah diterima dan konfirmasi telah diterbitkan sesuai dengan ketentuan klausa 7.4, tidak ada jaminan yang dapat diberikan di bawah polis ini.

7.3. Perusahaan mungkin membutuhkan informasi tambahan atau dokumentasi tambahan untuk mendukung aplikasi pemulihan jaminan. Jika informasi atau dokumentasi tidak diberikan, perlindungan dalam Polis ini akan terus ditangguhkan dan Perusahaan dapat mengembalikan uang premi yang sudah dibayar sehubungan dengan Tahun Polis yang bersangkutan.

7.4. Pemulihan kembali perlindungan dalam Polis ini diberikan secara sepihak oleh Perusahaan dan jaminan yang dipulihkan hanya dapat diberlakukan dengan konfirmasi tertulis dari Perusahaan.

7.5. Dengan tetap mempertimbangkan ketentuan lainnya dari Polis ini, jika perlindungan dalam polis ini dipulihkan kembali setelah periode penangguhan, tidak ada manfaat yang harus dibayar terkait dengan:

- (a) Cedera yang terjadi pada saat periode penangguhan perlindungan dalam Polis ini; atau
- (b) Penyakit yang dimulai atau muncul pada hari dimana perlindungan Polis ini ditangguhkan atau selama sepuluh (10) hari segera sejak dilanjutkannya perlindungan dalam Polis ini.

8. Kartu Kepesertaan

Kartu Kepesertaan harus diterbitkan kepada masing-masing Tertanggung pada saat pendaftaran. Tergantung dari klausa 4 dan tanpa mengurangi hak-hak Perusahaan untuk menghindari Polis ini atau perlindungan apa pun di dalam Polis ini, kartu perlindungan adalah konfirmasi perlindungan Tertanggung dalam Polis ini dari Tertanggung terkait kepada siapa kartu tersebut diterbitkan dan berlaku selama premi untuk Polis tersebut dibayar.

The card(s) is(are) not transferrable and is(are) valid only when signed by the Cardholder. The Policyholder is responsible to collect and return to the Company any card(s) from terminated member(s). The Policyholder and/or Cardholder shall be liable for any ineligible expenses incurred or charged by any unreturned card(s). These ineligible expenses should be paid to the Company immediately upon notice. A fee shall be applied for replacement of any card(s) lost.

9. Absolute Ownership

The Company shall, unless otherwise expressly provided by endorsement on this Policy, be entitled to treat the Policyholder as the absolute owner of this Policy and shall not be bound to recognize any equitable or other claim to or interest in this Policy. The receipt by the Policyholder (or by the Policyholder's personal representative) alone shall be a sufficient discharge of the Company's liabilities to any claimant under this Policy. Any person or entity who is not a party to this Policy shall have no rights to enforce any terms of this Policy.

10. No Claim Discount

No Claim Discount is applicable to Insured Persons covered under Premier International Plan, Standard International Plan or Comprehensive International Plan. A No Claim Discount will be offered to Insured Persons who are not entitled to group discount and have been insuring for a period of not less than 12 months. While an Insured Person's plan remains claims-free at each renewal, the following No Claim Discount will be applied:-

Year 0	No discount
Year 1	10% discount
Year 2	15% discount
Year 3	20% discount
Year 4	25% discount (the maximum)

If a claim is made by an Insured Person during a policy year, any No Claim Discount achieved will be lost and the status of the discount will be as at Year 0 shown above.

If a claim relating to the previous year is subsequently submitted and accepted, and a No Claim Discount has already been given, the Company reserves the right to deduct the equivalent monetary amount of the No Claim Discount from the value of the claim. The No Claim Discount applies only to the premium in respect of the basic benefits. Claims against any Additional Benefit Plans ((Dental, Vision, Personal Accident and Travel Plans) and Medical Check-up and Vaccinations) will not affect the No Claim Discount.

11. Notification of Changes

- 11.1 The Policyholder shall immediately notify the Company in writing of any change in circumstances of the Policyholder or any Insured Person including but not limited to any change of address, residence, occupation or vocation, habits or pursuits.
- 11.2 Each Insured Person shall immediately notify the Policyholder in writing of all information and of any changes thereto which is required to be notified by the Policyholder to the Company.
- 11.3 The Company shall not be liable for losses arising from or in connection with any such changes in circumstances, whether the same is known to or has been notified to the Policyholder by an Insured Person or not, unless:-
 - (a) notice in writing of such change is given to the Company; and
 - (b) additional premium (if required) is paid to and received by the Company; and
 - (c) the change is endorsed on this Policy.
- 11.4 For the avoidance of doubt, failure to notify the Company in writing of any change in circumstance may affect cover this Policy.

12. Payment of Benefits

- 12.1 Subject to the provisions of this Policy, if an Insured Person suffers or incurs a Disability during the Period of Insurance, the Company will pay benefits in accordance with the Benefits Schedule.
- 12.2 If the Benefits Schedule provides for a Deductible or if there shall be any Co-insurance, in respect of the relevant Insured Person, the Company will only pay benefits in respect of Eligible Expenses incurred in any Policy Year to the extent that they exceed the Deductible in that Policy Year and after deducting the value of any Co-insurance in respect of those Eligible Expenses.
- 12.3 All benefits will be paid to the relevant Insured Person or to such Insured Person's personal representative unless requested otherwise by the Policyholder in writing. The Company reserves the right to pay a provider of service directly, unless the relevant Insured Person has requested otherwise in writing. All payments of benefits shall be in US Dollars.

13. Successor Insured

- 13.1 If the Policyholder is an individual and dies, the Policyholder's spouse (if he is an Insured Person) / the personal representative of the Policyholder, will become the Policyholder.

Kartu tidak dapat dipindahtangankan dan sah hanya jika ditandatangani oleh Pemegang Kartu. Pemegang Polis bertanggung jawab untuk mengumpulkan dan mengembalikan ke Perusahaan setiap kartu dari anggota yang diberhentikan. Pemegang Polis bertanggung jawab untuk mengumpulkan dan mengembalikan semua kartu dari Tertanggung yang telah dibatalkan kepada Perusahaan. Pemegang Polis dan/atau Pemegang Kartu berkewajiban untuk membayar segala biaya tidak layak yang terjadi atau ditagih oleh kartu yang tidak dikembalikan. Pengeluaran yang tidak layak ini harus dibayarkan kepada Perusahaan segera setelah pemberitahuan. Biaya akan dikenakan untuk penggantian setiap kartu yang hilang.

9. Kepemilikan Mutlak

Perusahaan berhak, kecuali ditentukan lain secara tegas dalam suatu endorsement dalam Polis ini, untuk memperlakukan Pemegang Polis sebagai pemilik mutlak atas Polis ini dan tidak terikat untuk mengakui klaim yang setara atau klaim yang lain atau untuk kepentingan lain dalam Polis ini. Tanda terima pembayaran oleh Pemegang Polis (atau wakil yang sah dari Pemegang Polis) sendiri merupakan bukti pelunasan yang cukup memadai atas kewajiban Perusahaan untuk membayarkanklaim dibawah Polis ini. Setiap orang atau entitas yang bukan merupakan pihak terkait dalam Polis ini tidak memiliki hak untuk menerapkan persyaratan apapun atas Polis ini.

10. Diskon Tanpa Klaim

Diskon Tanpa Klaim berlaku untuk Tertanggung yang dijamin dalam polis Premier International Plan, Standard International Plan atau Comprehensive International Plan. Diskon Tanpa Klaim akan diberikan kepada Tertanggung yang tidak berhak mendapatkan diskon grup dan telah diasuransikan dalam periode tidak kurang dari 12 bulan. Ketika polis seorang tertanggung tetap bebas klaim pada saat perpanjangan, diskon tanpa klaim akan diterapkan:-

Tahun 0	Tidak ada diskon
Tahun 1	10% diskon
Tahun 2	15% diskon
Tahun 3	20% diskon
Tahun 4	25% diskon (maksimal)

Jika sebuah klaim dibuat oleh seorang tertanggung selama tahun polis, semua Diskon Tanpa Klaim yang diterima akan hilang dan status diskon akan dimulai kembali seperti pada Tahun 0 seperti yang dijelaskan diatas. Jika klaim yang berkaitan dengan tahun sebelumnya kemudian diajukan dan diterima, dan Diskon Tanpa Klaim telah diberikan, Perusahaan berhak untuk mengurangi jumlah uang yang setara dari Diskon Tanpa Klaim dari nilai klaim. Diskon Tanpa Klaim diterapkan hanya untuk premi pada manfaat dasar. Klaim untuk rencana Manfaat Tambahan ((Manfaat Gigi, Penglihatan, Kecelakaan Diri dan Perjalanan) dan Cek-Up Kesehatan serta Vaksinasi) tidak akan berdampak pada Diskon Tanpa Klaim.

11. Pemberitahuan Perubahan

- 11.1 Pemegang Polis harus segera memberitahukan Perusahaan secara tertulis mengenai perubahan yang berkenaan dengan Pemegang Polis atau setiap Tertanggung termasuk namun tidak terbatas pada perubahan alamat, tempat tinggal, pekerjaan atau lapangan pekerjaan, kebiasaan atau usaha apa pun.
- 11.2 Setiap Tertanggung harus segera memberitahukan Pemegang Polis secara tertulis atas semua informasi dan setiap perubahan yang harus diberitahukan oleh Pemegang Polis kepada Perusahaan.
- 11.3 Perusahaan tidak bertanggung jawab atas kerugian yang timbul dari atau sehubungan dengan perubahan keadaan tersebut, meskipun hal yang sama tersebut diketahui atau telah diberitahu kepada Pemegang Polis oleh Tertanggung atau tidak, kecuali:-
 - (a) pemberitahuan tertulis tentang perubahan tersebut disampaikan kepada Perusahaan; dan
 - (b) tambahan premi (jika diperlukan) dibayarkan dan diterima oleh Perusahaan; dan
 - (c) perubahan telah disahkan dalam Polis ini.
- 11.4 Untuk menghindari keraguan, kegagalan untuk memberitahukan Perusahaan secara tertulis mengenai perubahan keadaan dapat mempengaruhi jaminan Polis ini.

12. Pembayaran Manfaat

- 12.1 Sesuai dengan ketentuan Polis ini, jika Tertanggung menderita Ketidakmampuan selama periode Asuransi, maka Perusahaan akan membayar manfaat sesuai dengan Daftar Manfaat.
- 12.2 Jika Daftar Manfaat tertera adanya *Deductible* atau jika ada Ko-Asuransi apa pun terkait dengan Tertanggung, maka Perusahaan hanya akan membayar manfaat terkait Pengeluaran Layak yang dibayar dalam Tahun Polis apa pun sejauh melebihi *Deductible* dalam Tahun Polis tersebut dan setelah memotong nilai Ko-Asuransi apa pun terkait dengan Pengeluaran Layak.
- 12.3 Semua manfaat akan dibayar kepada Tertanggung atau kepada perwakilan resmi Tertanggung, kecuali jika diminta sebaliknya oleh Pemegang Polis secara tertulis. Perusahaan berhak membayar penyedia layanan secara langsung, kecuali jika Tertanggung meminta sebaliknya secara tertulis. Semua manfaat harus dibayar dalam mata uang Dolar AS.

13. Penerus Tertanggung

- 13.1 Jika Pemegang Polis adalah seorang individu dan meninggal dunia, pasangan Pemegang Polis (jika ia adalah Tertanggung) / perwakilan pribadi Pemegang Polis, akan menjadi Pemegang Polis.

- 13.2. If the Policyholder is a body corporate and is wound up (other than on a reconstruction), this Policy will terminate and the premiums paid shall be refunded on the same terms as if this Policy had been cancelled as provided in clause 4.3.
- 14. Claims**
- 14.1. In the event of a loss or claim arising under this Policy, the Policyholder or the relevant Insured Person has to submit claim and send the Company immediate written notice as soon as reasonably practicable and in any event no more than ninety (90) days after the loss covered under this Policy occurs or ends. This notice shall state the name of the relevant Insured Person, the number of this Policy and a description of the loss. This notice shall be sent to the Company's administrative address together with the proof of loss which should include written proof of the occurrence, type and amount of loss.
- 14.2. A claim form (or other proof of loss) is not complete unless all medical and hospital bills, certificates, information, and any other evidence as may be reasonably required by the Company in respect of such claim have been submitted and agreed upon by the Company. Only actual costs incurred shall constitute Eligible Expenses and be considered for reimbursement. Any variation or waiver of the foregoing shall be at the sole discretion of the Company.
- 14.3. Failure to submit a completed claim form or proof of loss will not affect a claim if it was not reasonably possible to submit such claim form or proof of loss within the time limit provided always that such completed claim form or proof of loss must be submitted within 365 days after the loss covered under this Policy occurred or ended.
- 15. Fraudulent/Unfounded Claims**
- 15.1. No benefits shall be payable under this Policy if an Insured Person has concealed or misrepresented any material fact of circumstance relating to this Policy.
- 15.2. If any claims under this Policy is in any respect fraudulent or unfounded, all benefits paid or payable in relation to that claim shall be forfeited and (if paid) recoverable by the Company.
- 16. Amendments to this Policy**
- No amendments to this Policy, including to any attachments or endorsements to this Policy, shall be valid unless signed or initialed by an officer or authorized representative of the Company.
- 17. Additions**
- The Policyholder may apply in writing to extend this Policy to cover an Eligible Person. An Eligible Person will become an Insured Person when the Company accepts the Policyholder's written request in accordance with the current underwriting rules and receives the required additional premium.
- 18. Co-ordination of Benefits**
- Where Co-insurance is in force in respect of an Insured Person, the aggregate of the benefits to be received by the Insured Person under this Policy and such Co-insurance shall not exceed 100% of the loss recoverable under this Policy.
- 19. Subrogation**
- The Policyholder and the Insured Person agree that the Company may, at the expense of the Company, take legal action in the name of the Policyholder or Insured Person to recover compensation from a third party in respect of any indemnity provided or benefit paid or payable under this Policy and any amount so recovered shall belong to the Company. For the avoidance of doubt, the Insured Person hereby assigns right to bring legal action in its name to the Company.
- 20. Emergency Assistance Services**
- 20.1. Arrangements have been made with various designated assistance companies to provide immediate assistance. In the event of the below-described coverage is applicable, the Insured Person or his representative may call the assistance company for assistance. Details of such arrangement shall be set out on the Coverage Card issued to the Insured Person.
- The party making such contact will be required to identify the Insured Person's name, Policy Number, Member Number as well as the nature of the problem, location and contact person and information. After validation, the Company or its assistance company will provide services subject to the terms and conditions of this Policy. No claims for reimbursement will be accepted.
- Access to emergency medical services would be provided to an Insured Person while travelling provided that: -
- (a) the Insured Person must be travelling outside Country of Residence for no more than 90 consecutive days; and
 - (b) the Insured Person is not travelling for the purposes of obtaining or seeking any medical or surgical treatment.
- 13.2. Jika Tertanggung adalah badan perusahaan dan gulung tikar (selain dari untuk tujuan rekonstruksi), Polis ini akan berakhir dan premi yang sudah dibayarkan akan dikembalikan dengan ketentuan yang sama dengan jika polis dibatalkan seperti yang tercantum pada kalusa 4.3.
- 14. Klaim**
- 14.1. Jika terjadi kerugian atau munculnya klaim dalam Polis ini, maka Pemegang Polis atau Tertanggung harus segera harus segera mengajukan klaim dan mengirimkan Perusahaan pemberitahuan tertulis sesegera mungkin dan dalam waktu sembilan puluh (90) hari sejak terjadi atau berakhirnya kerugian yang dijamin dalam Polis ini. Pemberitahuan ini harus berisi nama Tertanggung, nomor Polis dan keterangan kerugian. Pemberitahuan ini harus dikirim ke alamat administratif Perusahaan dengan bukti kehilangan yang harus berisi bukti tertulis kejadian, jenis dan jumlah kerugian.
- 14.2. Formulir klaim (atau bukti kerugian lainnya) tidak lengkap kecuali semua tagihan medis dan rumah sakit, sertifikat, informasi dan bukti lainnya yang mungkin dibutuhkan oleh Perusahaan terkait klaim tersebut telah diberikan dan disetujui oleh Perusahaan. Hanya biaya aktual yang dibayar yang boleh dimasukkan ke dalam Pengeluaran Layak dan dipertimbangkan untuk diganti rugi. Segala jenis variasi atau pengabaian hal-hal di atas hanya boleh dilakukan secara sepihak oleh Perusahaan.
- 14.3. Kelalaian untuk menyerahkan formulir klaim yang telah diisi lengkap atau bukti kerugian tidak akan mempengaruhi klaim jika formulir klaim atau bukti kerugian tersebut tidak mungkin diberikan dalam jangka waktu yang ditetapkan, dengan syarat bahwa formulir klaim atau bukti kerugian tersebut diserahkan dalam waktu 365 hari setelah kerugian yang ditanggung dalam Polis ini terjadi atau berakhir.
- 15. Klaim yang Bersifat Menipu/Tidak Berdasar**
- 15.1. Tidak ada manfaat yang akan dibayar dalam Polis ini jika Tertanggung diketahui menyembunyikan atau dengan sengaja memberikan fakta materiil yang salah terkait Polis ini.
- 15.2. Jika klaim apa pun dalam Polis ini bersifat menipu atau tidak berdasar, maka semua manfaat yang dibayar atau harus dibayar terkait klaim tersebut harus ditanggungan dan (jika telah dibayarkan) harus dapat diminta kembali oleh Perusahaan.
- 16. Perubahan terhadap Polis ini**
- Tidak ada perubahan dalam Polis ini, termasuk terhadap lampiran atau endorsement dalam Polis ini, akan berlaku kecuali telah ditandatangani atau diparaf petugas yang berwenang atau perwakilan resmi Perusahaan.
- 17. Penambahan**
- Pemegang Polis dapat mengajukan secara tertulis untuk memperluas Polis ini untuk dapat menjamin Orang yang Layak. Orang yang Layak akan menjadi Tertanggung pada saat Perusahaan menerima permintaan tertulis dari Pemegang Polis sesuai dengan peraturan underwriting yang berlaku dan menerima premi tambahan.
- 18. Koordinasi Manfaat**
- Jika ada Ko-Asuransi yang berlaku untuk Tertanggung, akumulasi manfaat yang akan diterima oleh Tertanggung dalam Polis ini dan Ko-Asuransi tersebut tidak boleh melebihi 100% dari jumlah kerugian yang dapat diperoleh dalam Polis ini.
- 19. Subrogasi**
- Pemegang Polis dan Tertanggung setuju bahwa Perusahaan, atas biayanya sendiri, dapat mengambil tindakan hukum atas nama Pemegang Polis atau Tertanggung untuk memperoleh kembali kompensasi dari pihak ketiga sehubungan ganti rugi apa pun yang disediakan atau untuk manfaat yang dibayar atau dapat dibayar menurut Polis ini dan jumlah apa pun yang diperoleh kembali dengan cara demikian akan menjadi milik Perusahaan. Untuk menghindari keraguan, Tertanggung diberikan hak untuk mengajukan tuntutan hukum atas namanya kepada Perusahaan.
- 20. Layanan Bantuan Darurat**
- 20.1. Pengaturan telah dibuat dengan berbagai perusahaan bantuan yang ditunjuk untuk memberikan bantuan segera. Dalam hal pertanggungan yang dijelaskan di bawah ini berlaku, Tertanggung atau perwakilannya dapat menghubungi perusahaan bantuan untuk mendapatkan bantuan. Rincian pengaturan tersebut akan ditetapkan pada Kartu Pertanggungan yang diterbitkan untuk Tertanggung.
- Pihak yang melakukan kontak tersebut akan diminta untuk mengidentifikasi nama Tertanggung, Nomor Polis, Nomor Anggota serta sifat masalah, lokasi dan contact person dan informasi. Setelah validasi, Perusahaan atau bantuannya perusahaan akan memberikan layanan yang tunduk pada syarat dan ketentuan Kebijakan ini. Tidak ada klaim untuk penggantian akan diterima.
- Akses ke layanan medis darurat akan diberikan kepada Tertanggung selama perjalanan dengan ketentuan bahwa: -
- (a) Tertanggung harus bepergian ke luar Negara Tempat Tinggal tidak lebih dari 90 hari berturut-turut; and
 - (b) Tertanggung tidak melakukan perjalanan untuk tujuan mendapatkan atau mencari apapun perawatan medis atau bedah

20.1.1Emergency Evacuation

The Company will pay emergency evacuation benefits to cover travel and transportation costs reasonably incurred for necessary medical evacuation when an Insured Person: -

- (a) cannot be safely treated at the location where the Disability occurs; and
- (b) is incapable of travelling as an unaccompanied, seated passenger on a public or private conveyance; and
- (c) is taken to the nearest suitable medical facility by way of the most economical form of conveyance which can be used without threat of damage to life or health.

Provided always that all arrangements must be made through the Company's designated assistance companies and monitored by them on behalf of the Company.

20.1.2Hospital Expenses Guarantee

The Company will arrange through the designated assistance company to guarantee or pay any required medical expenses arising from a covered Disability when hospital bills are expected to exceed US\$2,500.

20.1.3Medical Repatriation

If medically necessary, the Company will arrange through the designated assistance company and pay for the return of the Insured Person to the Country of Residence by appropriate means of transportation following the Insured Person's Emergency Medical Evacuation and subsequent hospitalization outside Country of Residence.

20.1.4Arrangement of Transportation of Mortal Remains

The Company will arrange through the designated assistance company for the transportation of the Insured Person's mortal remains to the airport of the Country of Residence or the Country of Origin where the Insured Person has the citizenship. The conditions as set out in 20.1 (a) & (b) above are not applicable to this service.

20.1.5Arrangement of Compassionate Visit

The Company will arrange through the designated assistance company one round-trip economy class air ticket for a relative or a friend of the Insured Person wishing to join the Insured Person who, when travelling alone, is hospitalized outside the Country of Residence for more than seven (7) days.

20.1.6Arrangement of Return of Minor Children

The Company will arrange through the designated assistance company for one-way economy class air ticket for the return of minor children below 18 years old to the Country of Residence if they are left unattended as a result of the accompanying Insured Person's hospitalization or Emergency Medical Evacuation. Escort will be provided, when necessary.

20.1.7Arrangement of Accommodation

The Company will arrange through the designated assistance company for the hotel accommodation of US\$150 per day up to a maximum of 5 days of the Insured Person while travelling and in relation to an incident requiring Emergency Medical Evacuation, Emergency Medical Repatriation or hospitalization before the Insured Person is fit to fly.

20.1.8Delivery of Essential Medicine

The designated assistance company will arrange to deliver to the Insured Person essential medicine, drugs and medical supplies that are necessary for an Insured Person's care and/or treatment but which are not available at the Insured Person's location. The delivery of such medicine, drugs and medical supplies will be subject to the laws and regulations applicable locally. The Insured Person is responsible for the medicine costs and any delivery costs incurred.

20.1.9Referral Services

Upon request of the Insured Person, referral services for medical service including provider referral, inoculation and visa requirement information, embassy, legal assistance, interpreter, obtaining replacement of lost travel documents, luggage or air ticket, may be provided through the designated assistance company. The Company will not be liable for: -

- (a) any fees incurred for such services;
- (b) giving any advice to the Insured Person;
- (c) providing medical diagnosis or treatment.

Although the assistance company shall make such referrals, it cannot guarantee the quality of the service providers and the final selection of service provider shall be the decision of the Insured Person. The assistance company, however, will exercise care and diligence in selecting the service providers.

20.2. Prior approval for 20.1.1 to 20.1.7 of this section needs to be taken by the Insured Person from the Company and all arrangements must be coordinated by the Company's designated assistance company.

20.1.1Evakuasi Darurat

Perusahaan akan membayar manfaat evakuasi darurat untuk menutupi biaya perjalanan dan transportasi yang wajar dikeluarkan untuk evakuasi medis yang diperlukan ketika Tertanggung: -

- (a) tidak dapat dirawat dengan baik di lokasi dimana Ketidakmampuan terjadi; dan
- (b) tidak dapat melakukan perjalanan sebagai penumpang tanpa pendamping, duduk sebagai penumpang pada kendaraan umum atau pribadi; dan
- (c) dibawa ke fasilitas medis terdekat yang sesuai dengan jalan alat transportasi yang paling ekonomis yang dapat digunakan tanpa menyebabkan ancaman buruk bagi jiwa atau kesehatan.

Asalkan selalu bahwa semua pengaturan harus dilakukan melalui perusahaan bantuan yang ditunjuk Perusahaan dan dipantau oleh mereka atas nama Perusahaan.

20.1.2Jaminan Biaya Rumah Sakit

Perusahaan akan mengatur melalui perusahaan bantuan yang ditunjuk untuk menjamin atau membayar biaya pengobatan yang diperlukan yang timbul dari Ketidakmampuan yang ditanggung ketika tagihan rumah sakit diperkirakan melebihi US\$2,500.

20.1.3Pemulangan Medis

Jika diperlukan secara medis, Perusahaan akan mengatur melalui perusahaan bantuan yang ditunjuk dan membayar pengembalian Tertanggung ke Negara Tempat Tinggal dengan alat transportasi yang sesuai setelah Evakuasi Medis Darurat Tertanggung dan rawat inap selanjutnya di luar Negara Tempat Tinggal.

20.1.4Pengaturan Pengangkutan Pemulangan Jenazah

Perusahaan akan mengatur melalui perusahaan bantuan yang ditunjuk untuk pengangkutan jenazah Tertanggung ke bandara Negara Tempat Tinggal atau Negara Asal dimana Tertanggung memiliki kewarganegaraan. Ketentuan sebagaimana ditetapkan dalam 20.1 (a) & (b) di atas tidak berlaku untuk layanan ini.

20.1.5Pengaturan Kunjungan Pendamping

Perusahaan akan mengatur melalui perusahaan bantuan yang ditunjuk satu tiket penerbangan pulang pergi kelas ekonomi untuk kerabat atau teman Tertanggung yang ingin bergabung dengan Tertanggung yang, ketika bepergian sendiri, dirawat di rumah sakit di luar Negara Tempat Tinggal selama lebih dari tujuh (7) hari).

20.1.6Pengaturan Pemulangan Anak dibawah Umur

Perusahaan akan mengatur melalui perusahaan bantuan yang ditunjuk untuk tiket pesawat kelas ekonomi satu arah untuk pemulangan anak di bawah umur di bawah 18 tahun ke Negara Tempat Tinggal jika mereka ditinggalkan tanpa pengawasan sebagai akibat dari rawat inap Tertanggung karena menemaninya atau Evakuasi Medis Darurat. Pendampingan akan disediakan, bila diperlukan.

20.1.7Pengaturan Akomodasi

Perusahaan akan mengatur melalui perusahaan bantuan yang ditunjuk untuk akomodasi hotel sebesar US\$150 per hari hingga maksimal 5 hari dari Tertanggung selama perjalanan dan sehubungan dengan insiden yang memerlukan Evakuasi Medis Darurat, Pemulangan Medis Darurat atau rawat inap sebelum Tertanggung sehat untuk terbang.

20.1.8Pengiriman Obat – obatan Penting

Perusahaan bantuan yang ditunjuk akan mengatur pengiriman kepada Tertanggung obat-obatan penting, obat-obatan dan perlengkapan medis yang diperlukan untuk perawatan dan/atau pengobatan Tertanggung tetapi tidak tersedia di lokasi Tertanggung. Pengiriman obat, obat-obatan dan perlengkapan medis tersebut akan tunduk pada hukum dan peraturan yang berlaku secara lokal. Tertanggung bertanggung jawab atas biaya obat-obatan dan semua biaya pengiriman yang timbul.

20.1.9Layanan Rujukan

Atas permintaan Tertanggung, layanan rujukan untuk layanan medis termasuk rujukan penyedia jasa, inoculasi dan informasi persyaratan visa, kedutaan, bantuan hukum, juru bahasa, mendapatkan penggantian dokumen perjalanan yang hilang, bagasi atau tiket pesawat, dapat diberikan melalui perusahaan bantuan yang ditunjuk. Perusahaan tidak akan bertanggung jawab: -

- (a) segala biaya yang timbul untuk layanan tersebut;
- (b) memberikan nasehat apapun kepada Tertanggung;
- (c) memberikan diagnosis atau perawatan medis.

Meskipun perusahaan bantuan akan membuat rujukan tersebut, namun tidak dapat menjamin kualitas penyedia layanan dan pemilihan akhir penyedia layanan akan menjadi keputusan Tertanggung. Namun, perusahaan bantuan akan berhati-hati dan selektif dalam memilih penyedia layanan.

20.2. Persetujuan sebelumnya untuk 20.1.1 hingga 20.1.7 dari bagian ini perlu dilakukan oleh Tertanggung dari Perusahaan dan semua pengaturan harus dikoordinasikan oleh perusahaan bantuan yang ditunjuk oleh Perusahaan.

- 20.3. The Company and its service provider(s) cannot be held responsible for failure to provide services or for delays caused by strikes, war, terrorist activities or other social unrest, adverse weather conditions, geological upheavals, or conditions beyond its control, including, but not limited to, flight conditions or where local laws or regulatory agencies prohibit the Company and its service provider(s) rendering such services. The Company and the assistance company will try to assist but no obligation is assumed under the policy terms and conditions.
21. **Maternity Benefit**
Provided that it has been stated in the Benefits Schedule for coverage of maternity, the Eligible Expenses during pregnancy shall be payable subject to the following:-
- 21.1. An Insured Person shall be covered for all medically necessary health care services during pregnancy provided that the Insured Person has been insured under this Policy for not less than twelve (12) consecutive months.
- 21.2. Eligible Expenses incurred in connection with a Disability suffered by an Insured Person during her pregnancy will be payable to the same extent as any other Disability provided that such Eligible Expenses are incurred while the Insured Person is insured under this Policy.
- 21.3. This benefit shall include all pre-natal and post-natal care, hospital room and board, Professional Fees (except pediatrician), Miscellaneous Charges and up to seven (7) days of nursery care and complication arising after childbirth. Nursery care includes infant formula, room-in cost and newborn screening as is reasonable in that jurisdiction and whether or not such new born screening costs are reasonable will be decided by the Company following consultation with its medical advisors.
- 21.4. Expenses incurred as a result of miscarriage, abortion (excluding an abortion which is not certified to be medically necessary to avoid danger to life or health), hydatiform mole or ectopic pregnancy (including complications arising from the aforesaid conditions) shall be covered under this Policy provided that the Insured Person has been insured under this Policy for not less than ninety(90) consecutive days.
- 21.5. When both parents are insured and have fulfilled the waiting period, the benefit shall be increased by 50%. If the parents are insured for different levels of benefits, then the level of benefits shall be at the lower level.
22. **New Born Child Cover**
22.1. The Policyholder may apply to the Company for cover under this Policy for the new born Child of an Insured Person who has been insured under this Policy for not less than twelve (12) consecutive months from fifteen (15) days after the date of birth of the Child until the Renewal Date of this Policy. The coverage effective date of the Child shall be after notice by the Policyholder and subject to approval of the Company. The cover and the level of benefits under this Policy in respect of such Child shall be the same as that applying to the Insured Person. If both the parents of such Child are Insured Persons and are insured for different levels of benefits, then the level of benefits for the Child shall be at the lower level. No additional premium shall be payable under this Policy in respect of such coverage under this Policy of such Child.
- 22.2. Cover for such Child shall continue on renewal of this Policy in respect of the relevant Insured Person provided that a personal health record form or Application is submitted to the Company regarding such Child in the form required by the Company and that the additional premium required by the Company in connection with such cover is duly paid to and received by the Company.
- 22.3. No benefits will be payable for expenses arising from special care in respect of or treatment of any Congenital Condition, congenital defects, birth anomalies, or premature birth of a new born Child.
23. **Occupational Risk Classifications**
The occupational risk classifications referred to in this Policy are as follows:-
- Class I: Very Light Occupational Hazards: Professional and mercantile occupational classes not superintending or engaging in manual labour, that is, persons generally engaged in professional, administrative, managerial and clerical positions.
- Class II: Light Occupational Hazards: Superintending but not engaging in manual labour but engaging in wholesale or retail trade and those involved in frequent travelling in connection with professional or business purposes.
- Class III: Non-hazardous Manual Labour: Occupations involving light manual work.
- Class IV: Occupations involving manual work (other than light manual work) or the use of machinery.
- 20.3. Perusahaan dan penyedia layanannya tidak dapat dimintai pertanggungjawaban atas kegagalan menyediakan layanan atau penundaan yang disebabkan oleh pemogokan, perang, aktivitas teroris atau kerusuhan sosial lainnya, kondisi cuaca buruk, pergolakan geologi, atau kondisi di luar kendalinya, termasuk, tetapi tidak terbatas pada, kondisi penerbangan atau di mana undang-undang atau badan pengatur setempat melarang Perusahaan dan penyedia layanannya memberikan layanan tersebut. Perusahaan dan perusahaan bantuan akan berusaha membantu tetapi tidak ada kewajiban yang ditanggung berdasarkan syarat dan ketentuan polis.
21. **Manfaat Kehamilan**
Asalkan telah dinyatakan pada Daftar Manfaat untuk jaminan kehamilan, Biaya Yang Layak selama kehamilan dapat dibayarkan dengan tunduk pada hal-hal berikut:-
- 21.1. Tertanggung akan dijamin dengan layanan perawatan kesehatan yang diperlukan selama masa kehamilan dengan syarat bahwa Tertanggung telah diasuransikan dalam Polis ini selama tidak kurang dari dua belas (12) bulan berturut-turut.
- 21.2. Pengeluaran Layak yang muncul terkait dengan Ketidakmampuan yang diderita oleh Tertanggung selama kehamilannya akan dibayar setara dengan Ketidakmampuan lainnya, dengan syarat bahwa Pengeluaran Layak tersebut dibayar pada saat Tertanggung dijamin oleh Polis ini.
- 21.3. Manfaat ini mencakup semua biaya perawatan sebelum kelahiran dan setelah kelahiran, biaya kamar menginap di Rumah Sakit, Biaya Profesional (kecuali dokter Anak), Biaya Aneka Perawatan dan perawatan bayi selama maksimal tujuh (7) hari serta komplikasi yang muncul setelah melahirkan. Perawatan bayi termasuk susu formula bayi, biaya kamar bersama dan skrining bayi baru lahir yang wajar diwilayah yurisdiksi dan apakah biaya skrining bayi baru lahir wajar atau tidak akan diputuskan oleh Perusahaan setelah dikonsultasikan dengan penasehat medis.
- 21.4. Biaya-biaya yang muncul sebagai akibat dari keguguran, aborsi (tidak termasuk aborsi yang tidak perlu secara medis untuk menghindari bahaya bagi kesehatan atau jiwa), hamil anggur atau kehamilan etopik (termasuk komplikasi-komplikasi yang muncul dari kondisi-kondisi di atas) dapat dijamin dalam Polis ini, dengan syarat bahwa Tertanggung telah diasuransikan dalam Polis ini selama tidak kurang dari sembilan puluh (90) hari berturut-turut.
- 21.5. Jika kedua orang tua telah diasuransikan dan telah memenuhi masa tunggu, manfaat yang diberikan akan dinaikkan sebesar 50%. Jika orang tua juga diasuransikan pada tingkat manfaat yang berbeda, maka tingkat manfaat harus berada di tingkat yang lebih rendah.
22. **Perlindungan Bayi Baru Lahir**
22.1. Pemegang Polis dapat mengajukan penjaminan kepada Perusahaan dalam Polis ini untuk Anak Baru Lahir dari seorang Tertanggung yang telah diasuransikan dalam Polis ini tidak kurang dari dua belas (12) bulan berturut-turut mulai dari lima belas (15) hari setelah tanggal kelahiran Anak sampai Tanggal Pembaharuan Polis ini. Tanggal efektif penjaminan Anak berlaku setelah pemberitahuan oleh Pemegang Polis ini tentang persetujuan oleh Perusahaan. Jaminan dan tingkat manfaat dari Polis ini terkait dengan Anak tersebut harus sama dengan yang dimiliki oleh Tertanggung. Jika kedua orang tua Anak tersebut juga diasuransikan pada tingkat manfaat yang berbeda, maka tingkat manfaat Anak harus berada di tingkat yang lebih rendah. Tidak ada premi tambahan yang harus dibayar dalam Polis ini untuk jaminan Anak seperti yang disebutkan di atas.
- 22.2. Perlindungan untuk Anak tersebut akan terus berlanjut pada Pembaharuan Polis ini dengan syarat Tertanggung terkait menyediakan berkas rekam medis pribadi atau aplikasi diberikan kepada Perusahaan sehubungan aplikasi Anak tersebut diperlukan Perusahaan dan premi tambahan yang diminta oleh Perusahaan terkait dengan perlindungan tersebut telah dilunasi dan diterima oleh Perusahaan.
- 22.3. Tidak ada manfaat yang akan dibayar untuk biaya yang muncul dari perawatan khusus akibat perawatan bagi atau setiap Kondisi Bawaan, cacat bawaan, ketidaknormalan pada saat lahir atau kelahiran prematur bayi yang baru lahir.
23. **Klasifikasi Risiko Pekerjaan**
Klasifikasi Risiko Pekerjaan sebagaimana dimaksud dalam Polis ini adalah sebagai berikut:
- Kelas I: Bahaya Kerja Yang Sangat Ringan: Kelas pekerjaan profesional dan perdagangan dan tidak melakukan pengawasan atau tidak terlibat dalam pekerjaan fisik yakni orang yang pada umumnya melakukan pekerjaan profesional, administrasi, manajerial dan juru tulis.
- Kelas II: Bahaya Kerja Yang Ringan: Melakukan pengawasan tetapi tidak melakukan pekerjaan fisik atau melakukan perdagangan grosir atau eceran atau mereka yang sering melakukan perjalanan untuk tujuan profesi atau bisnis.
- Kelas III: Pekerjaan Fisik Yang Tidak Bahaya: Pekerjaan yang meliputi pekerjaan padat karya ringan.
- Kelas IV: Pekerjaan padat karya (selain padat karya ringan) atau penggunaan mesin.

24. **Experimental Treatment**
The Company at its sole discretion may consider to accept or decline liability for experimental or unproven treatments or treatments whose efficacy has not been established or which have not been accepted in the medical profession generally as having specified and relevant medicinal properties. Further, any benefits for the sequelae to such treatment shall also be at the absolute discretion of the Company.
25. **Organ Transplant**
The Company will pay up to the maximum benefit per organ (up to 50% for donor and the remaining percentages for recipient, at the option of the recipient Insured Person) stated in the Benefits Schedule for expenses arising from a kidney, heart, lung, liver, or bone marrow transplant which has been confirmed by a Physician to be necessary for the Insured Person. For the avoidance of doubt, the Company will not pay for the cost of acquiring an organ or any expenses related to re-implantation. This benefit is a lump sum maximum per organ including any complications or sequelae and no other policy benefits such as expenses for regular medical care or consultation, diagnostic tests and long-term medication are payable in respect of Organ Transplant.
26. **Accidental Damage to Teeth**
The Company will cover dental expenses for emergency treatment necessary to restore or replace sound natural teeth lost or damaged in an Accident and the immediate relief of pain following an Accident, provided that such treatment is provided within seven (7) days of the Accidental and in a registered dental clinic or Hospital. No benefits will be payable in respect of restorative treatments such as permanent crown, dental implant etc., damage or loss of teeth caused by eating, drinking, tooth brushing or any oral hygiene procedure.
27. **Other Insurance**
The Policyholder must immediately inform the Company if an Insured Person is or becomes insured under any other medical or accident insurance policy and provide a copy of the policy document (including the benefits schedule) indicating the current policy period, name of Insured Person(s) and coverage to the Company.
- Failure to notify the Company of any other insurance either at the stage the Application is submitted or during the Period of Insurance may affect the payment of claims under this Policy.
28. **Take-over Policies**
The obligations to declare any Disability in writing to the Company is a condition precedent to the validity of the Policy so that if a Disability is not declared the Company is not liable.
- 28.1 Subject to the provisions of this clause 27, the Company will pay benefits for a Disability of an Insured Person existing at the commencement of this Policy where:-
(a) the Disability was declared in writing to the Company on the Application and accepted by the Company; and
(b) the Insured Person was insured under a policy of insurance which was terminated immediately before the commencement of this Policy; and
(c) a copy of the previous policy of insurance was submitted to the Company with the Application; and
(d) benefits would have been payable to the Insured Person under the previous policy of insurance had it not been terminated.
- 28.2. The amount of benefits payable by the Company under this Policy in respect of a Disability referred to in clause 27.1 shall be the lower of:-
(a) the amount of benefits the Insured Person would have received under the previous policy of insurance had it not been terminated; and
(b) the amount of benefits payable for a Disability under this Policy.
- 28.3. The Company may in its absolute discretion extend or decline to extend coverage under this Policy for a Disability existing at the commencement of this Policy. Any such extension will be subject to the Company carrying out an individual underwriting review of the relevant Insured Person and the relevant Disability. The Company shall be under no liability in respect of such Disability before the provisions set out above are satisfied and the Company has confirmed that cover under this Policy has been extended to include such Disability.
29. **Termination of Benefits**
29.1 Cover under this Policy shall end in respect of all Insured Persons and any person who is a Child who is insured under this Policy and all Disabilities when this Policy terminates.
- 29.2. Cover under this Policy for person who is a Child who is insured under this Policy shall end on the Renewal Date following his marriage or on his attaining the age of nineteen (twenty-three if the person is a full-time student), if the person may have ceased to be a Child by that age no cover shall be provided unless an application is
24. **Pengobatan Yang Masih Bersifat Percobaan**
Perusahaan atas kebijakannya sendiri dapat mempertimbangkan untuk menerima atau menolak tanggung jawab atas pengobatan yang masih bersifat percobaan atau yang belum terbukti atau pengobatan yang belum jelas efektifitasnya atau yang belum dapat diterima sepenuhnya oleh dunia kedokteran sebagai obat yang spesifik dan relevan. Selanjutnya, manfaat apa pun untuk turunannya atas pengobatan tersebut sepenuhnya berada di tangan Perusahaan.
25. **Transplantasi Organ**
Perusahaan akan membayar manfaat maksimum bagi setiap organ (hingga 50% untuk pendonor dan persentase sisanya untuk penerima, atas pilihan Tertanggung) yang dinyatakan dalam Daftar Manfaat untuk biaya yang ditimbulkan dari transplantasi ginjal, jantung, paru-paru, hati atau tulang sumsum yang dinyatakan perlu dijalani oleh Tertanggung menurut Dokter. Untuk menghindari keraguan, Perusahaan tidak akan membayar biaya pembelian organ atau biaya apapun yang berhubungan dengan implanisasi ulang. Manfaat ini bersifat *lump sum* maksimum setiap organ termasuk jika ada komplikasi atau turunannya dan tidak ada manfaat lain dalam Polis ini seperti biaya untuk perawatan medis rutin atau konsultasi, tes diagnostik dan pengobatan jangka panjang yang dapat dibayarkan sehubungan dengan Transplantasi Organ.
26. **Kerusakan Gigi akibat Kecelakaan**
Perusahaan akan menjamin biaya-biaya perawatan gigi yang muncul untuk perawatan darurat yang diperlukan untuk pemulihan atau penggantian gigi alamaiah yang hilang atau rusak dalam kecelakaan dan penanganan nyeri segera setelah kecelakaan, dengan syarat pengobatan tersebut diberikan dalam waktu tujuh (7) hari dari kecelakaan dan dilakukan di klinik gigi yang terdaftar atau rumah sakit. Tidak ada manfaat yang akan dibayarkan sehubungan dengan perawatan pemulihan seperti mahkota permanen, implan gigi dsb, kerusakan atau kehilangan gigi yang disebabkan oleh makan, minum, menyikat gigi atau prosedur pembersihan gigi lainnya.
27. **Asuransi Lain**
Pemegang Polis harus segera memberitahu Perusahaan jika seorang Tertanggung adalah atau akan menjadi Tertanggung di polis asuransi kesehatan atau kecelakaan lain dengan memberikan salinan dokumen polis (termasuk daftar manfaat) yang menunjukkan periode polis saat ini, nama Tertanggung dan pertanggungan kepada Perusahaan.
- Kegagalan dalam memberitahukan Perusahaan mengenai asuransi apapun lainnya ketika permohonan Aplikasi disampaikan atau selama Periode Asuransi dapat mempengaruhi pembayaran klaim di dalam Polis ini.
28. **Polis Pengambilalihan**
Kewajiban untuk menyatakan setiap Ketidakmampuan secara tertulis kepada Perusahaan adalah kondisi yang mempengaruhi keabsahan Polis ini sehingga jika Ketidakmampuan tidak dinyatakan, maka Perusahaan tidak bertanggung jawab.
- 28.1. Sesuai dengan ketentuan klausa 27 ini, Perusahaan akan membayar manfaat untuk Ketidakmampuan seorang Tertanggung sebelumnya terhitung sejak dimulainya Polis ini dengan ketentuan berikut:-
(a) Ketidakmampuan dinyatakan secara tertulis kepada Perusahaan dalam Aplikasi dan diterima oleh Perusahaan; dan
(b) Tertanggung pernah ditanggung didalam polis asuransi yang berakhir segera sebelum Polis ini dimulai; dan
(c) salinan polis asuransi sebelumnya telah diserahkan kepada Perusahaan beserta dengan Aplikasi; dan
(d) manfaat-manfaat yang mungkin dapat dibayarkan kepada Tertanggung didalam polis asuransi sebelumnya jika polis tersebut tidak diakhiri.
- 28.2. Jumlah manfaat yang dapat dibayarkan oleh Perusahaan dalam Polis ini sehubungan Ketidakmampuan yang mengacu pada klausa 27.1, akan menjadi lebih rendah dari:-
(a) jumlah manfaat yang mungkin dapat diterima Tertanggung dalam polis asuransi sebelumnya jika polis tersebut belum berakhir; dan
(b) jumlah manfaat yang harus dibayar untuk Ketidakmampuan dalam Polis ini.
- 28.3. Perusahaan dapat dengan mutlak sepihak memperluas atau menolak untuk memperluas jaminan dalam Polis ini untuk Ketidakmampuan yang telah ada saat dimulainya Polis ini. Perluasan tersebut dilakukan tergantung dari pelaksanaan kajian ulang underwriting individu terhadap Tertanggung dan Ketidakmampuan terkait oleh Perusahaan. Perusahaan tidak bertanggung jawab atas berkaitan dengan Ketidakmampuan tersebut sebelum provisi di atas dipenuhi dan Perusahaan telah menyatakan bahwa jaminan dalam Polis ini telah diperluas hingga mencakup Ketidakmampuan tersebut.
29. **Pengakhiran Manfaat**
29.1. Jaminan dalam Polis ini akan berakhir untuk semua Tertanggung dan siapa saja yang termasuk Anak yang diasuransikan dalam Polis ini dan seluruh Ketidakmampuan pada saat Polis berakhir.
- 29.2. Jaminan dalam Polis ini untuk yang termasuk Anak yang diasuransikan dalam Polis ini akan berakhir pada Tanggal Pembaharuan setelah menikah atau mencapai usia sembilan belas tahun (dua puluh tiga tahun jika orang yang bersangkutan adalah siswa penuh waktu), dengan tetap mempertimbangkan bahwa orang yang sudah tidak

made by the Policyholder for that person to become an Insured Person and the necessary premium in respect of the cover of that Insured Person is paid to and received by the Company by the Renewal Date.

30. Geographical Loading

Additional premium will be charged to residents in particular geographical areas (identified in the brochure that accompanies the Application). The areas and rates at which the additional premium will be charged are set out in the brochure. When an Insured Person travels to a geographical area that will attract an additional premium, for more than ninety (90) days accumulated in any one policy year, an additional premium will be charged. Failure to inform the Company prior to travel to a geographical area that will attract an additional premium and failure to pay the additional premium will result in ineligibility of cover for any benefit incurred beyond the ninety (90) days. The obligation to inform the Company prior to travel to a geographical area that will attract an additional premium is a condition precedent to the recovery of any claim.

31. Treatment Area

Cover under this Policy only extends to Disabilities and treatment in respect thereof in the area as specified in the Benefits Schedule as the area of cover and for which the appropriate premium has been paid. If no area is so specified, cover under this Policy shall be worldwide.

32. Emergency Benefit for Treatment Area Limit Option

Coverage for inpatient treatment in geographical areas where the Treatment Area Limit applies will be extended during any period of travel to such areas, from the date and time of arrival and departure from the international departure point of the geographical area where Treatment Area Limit applies, for not more than thirty (30) days accumulated in any one policy year, in respect of any Injury or the acute onset of any Illness or medical condition arising therein provided that the Insured Person was not symptomatic or suffering from such respective Illness, medical condition or Injury any time prior to travelling.

33. Changes of Benefits

The Policyholder may apply at renewal time to the Company to change the class or level of cover under this Policy applicable to an Insured Person. If any Disability suffered by the relevant Insured Person occurs or begins before the completion of the underwriting review and confirmation of the Company that the class or level of cover in respect of such Insured Person has been changed, the benefits payable under this Policy shall not exceed the maximum amounts payable under this Policy in existence before the change in class or level of cover, whichever is lower.

34. Abandoned Claims

Should the Company disclaim liability for a claim by the Policyholder or the relevant Insured Person, and should such claim not have been referred to dispute resolution pursuant to this Policy within twelve (12) calendar months from the date of such disclaimer, then the claim shall for all purpose be considered to have been abandoned and shall not be recoverable thereafter against this Policy. Furthermore, to the extent that the Policyholder or the relevant Insured Person shall fail to communicate in writing with respect to a claim already made or notified the Company within twelve (12) calendar months of the last written communication either from the Company or by the Policyholder or the relevant Insured Person, then the claim shall be deemed to be abandoned and not recoverable thereafter against this Policy.

35. Dispute Resolution

Should in the implementation of this Agreement a dispute arises, the parties agree to amicably settle the dispute in the maximum period of 60 (sixty) calendar days since the date of notification of another party on the existence of such dispute.

In the event that amicable settlement unable obtain mutual consensus therefore the parties opt to file the dispute to Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Otoritas Jasa Keuangan/ Alternative Dispute Resolution Body of Financial Service Authority (LAPS OJK) in accordance with regulation stipulated by LAPS OJK.

36. Conditions Precedent to any Liability

Any liability of the Company under this Policy shall be wholly conditional upon:-

- (a) the Company being provided with all the required statements and declarations, which shall be truthfully and accurately given by the Policyholder and the relevant Insured Person (parent or guardian if the person insured under this Policy is a Child) on the Application or any other form provided by the Company and these shall be conditions precedent to liability on the part of the Company;
- (b) the complete truth and accuracy of all statements and declarations made in respect of any claim submitted to the Company by the Policyholder and the Insured Person and these shall be conditions precedent to liability on the part of the Company; and

dianggap sebagai Anak pada usia tersebut kecuali jika Pemegang Polis mengajukan aplikasi agar orang yang bersangkutan diasuransikan dan premi yang dibutuhkan terkait jaminan dari Tertanggung sudah dibayar dan diterima oleh Perusahaan selambat-lambatnya pada Tanggal Pembaharuan.

30. Beban Geografis

Tambahan premi akan dibebankan kepada seseorang yang bertempat tinggal di daerah geografis tertentu (dijelaskan di dalam brosur yang menyertai aplikasi). Daerah dan tarif dimana premi tambahan akan dibebankan, ditetapkan dalam brosur. Ketika Tertanggung melakukan perjalanan ke wilayah geografis yang akan dikenai premi tambahan, selama lebih dari 90 (sembilan puluh) hari akumulasi dalam satu tahun polis, premi tambahan akan dibebankan. Kegagalan untuk menginformasikan Perusahaan sebelum melakukan perjalanan ke wilayah geografis yang akan menimbulkan premi tambahan dan kegagalan untuk membayar premi tambahan akan mengakibatkan tidak berlakunya penjaminan untuk setiap manfaat yang terjadi melebihi 90 (sembilan puluh) hari. Kewajiban untuk memberikan informasi kepada Perusahaan sebelum melakukan perjalanan ke sebuah wilayah geografis akan menarik premi tambahan adalah sebuah kondisi yang mempengaruhi setiap pemulihan klaim.

31. Wilayah Perawatan

Perlindungan dalam Polis ini hanya mencakup Ketidakmampuan dan perawatan di wilayah yang ditetapkan dalam Daftar Manfaat sebagai wilayah yang dijamin dan yang preminya sudah dibayar dengan sesuai. Jika tidak ada wilayah yang ditetapkan secara khusus, perlindungan Polis ini berlaku di seluruh dunia.

32. Manfaat Darurat untuk Opsi Batasan Wilayah Perawatan

Perlindungan untuk rawat inap di wilayah geografis di mana batasan Wilayah Perawatan berlaku akan diperluas selama setiap periode perjalanan ke wilayah-wilayah tersebut, dari tanggal dan waktu kedatangan dan keberangkatan dari titik keberangkatan internasional di wilayah geografis di mana Batas Wilayah Perawatan berlaku, selama tidak melebihi tiga puluh (30) hari akumulasi dalam satu tahun polis, terkait setiap Cidera atau Penyakit dengan onset akut atau kondisi medis yang muncul saat itu dengan syarat bahwa Tertanggung tidak mengalami keluhan atau gejala atau menderita Penyakit tersebut, kondisi medis atau Cidera terkait pada saat kapan pun sebelum melakukan perjalanan.

33. Perubahan Manfaat

Pemegang Polis dapat mengajukan kepada Perusahaan untuk merubah kelas atau tingkat jaminan dalam Polis ini terhadap Tertanggung pada saat pembaharuan. Jika ada Ketidakmampuan diderita oleh Tertanggung terjadi atau mulai sebelum selesainya pengkajian ulang underwriting dan konfirmasi dari Perusahaan bahwa kelas atau tingkat jaminan telah diubah terhadap Tertanggung terkait, manfaat-manfaat yang dapat dibayarkan dalam Polis ini tidak boleh melebihi jumlah maksimum yang dapat dibayarkan dalam Polis ini yang ada sebelum perubahan kelas atau tingkat jaminan, yang mana yang lebih rendah.

34. Klaim-klaim yang ditolak

Apabila Perusahaan menolak pertanggungjawaban atas suatu klaim dari Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan, dan klaim tersebut tidak dirujuk ke penyelesaian perselisihan sesuai dengan Polis ini dalam waktu dua belas (12) bulan kalender sejak tanggal penolakan tersebut, maka klaim yang dimaksud itu untuk segala tujuan dianggap ditolak dan tidak dapat dipulihkan kembali setelah itu terhadap Polis ini. Selanjutnya, sejauh Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan gagal berkomunikasi secara tertulis sehubungan dengan klaim yang sudah dibuat atau diberitahukan Perusahaan dalam waktu dua belas (12) bulan kalender dari komunikasi tertulis terakhir baik dari Perusahaan atau oleh Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan, maka klaim harus dianggap ditolak dan tidak dapat diperoleh kembali setelah itu terhadap Polis ini.

35. Penyelesaian Sengketa

Apabila dalam pelaksanaan Perjanjian ini timbul perselisihan, maka para pihak sepakat untuk menyelesaikan perselisihan secara musyawarah dalam jangka waktu paling lama 60 (enam puluh) hari kalender terhitung sejak adanya pemberitahuan dari salah satu pihak mengenai adanya perselisihan dimaksud.

Dalam hal upaya musyawarah tidak mencapai mufakat maka para pihak memilih upaya hukum melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa Otoritas Jasa Keuangan (LAPS OJK) sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan oleh LAPS OJK.

36. Ketentuan-ketentuan yang Harus Dipenuhi Sebelum Tanggung Jawab Dilaksanakan

Tanggung jawab Perusahaan dalam Polis ini akan sepenuhnya bersyarat:-

- (a) diterimanya semua pernyataan yang benar dan akurat oleh Perusahaan dari Pemegang Polis dan Tertanggung (orang tua atau wali jika Tertanggung dalam Polis ini masih Anak-anak) pada aplikasi atau bentuk lainnya yang ditetapkan oleh Perusahaan dan ini merupakan kondisi yang mempengaruhi tanggung jawab Perusahaan;
- (b) kebenaran dan akurasi yang lengkap semua pernyataan dan keterangan yang dibuat terkait klaim apa pun yang diajukan kepada Perusahaan oleh Pemegang Polis dan Tertanggung dan ini merupakan kondisi yang mempengaruhi tanggung jawab Perusahaan; dan

- (c) the observance and fulfillment of the terms, conditions, and provisions of this Policy (including any endorsements) in so far as they relate to anything to be done or complied with by the Policyholder or any Insured Person and these shall be conditions precedent to liability on the part of the Company.

37. Governing Law

The construction, validity and performance of this Policy shall be governed by the laws of Indonesia.

38. Exclusions

This Policy does not cover or provide benefits in any of the following circumstances or events including the consequences, complications and the sequelae applying to or in respect of an Insured Person unless otherwise covered by the Policy: -

- (a) Pre-existing Conditions, except those which are declared to and accepted by the Company;
- (b) treatment where payment is not required or which is performed or prescribed by an Immediate Family Member or which is payable by any other insurance or indemnity covering the Policyholder, or the relevant Insured Person;
- (c) maternity and its complication unless covered under the benefits, fetal surgery, birth control, treatment of impotence or infertility (including artificial insemination, in vitro fertilization, embryo transfer), sterilization reversal or elective abortion, surgical, mechanical or chemical methods of birth control or treatment pertaining to infertility, sex transformation, and any conditions arising there from;
- (d) screening and treatment for Congenital Conditions and genetic deformities or diseases;
- (e) Custodial Care, home care or services, routine medical examinations or check-ups, or any treatments and services considered unnecessary by the Company for the treatment of a physical or mental condition. These include checkups, vaccinations (except for the side effects resulting from receiving the COVID vaccinations), counseling (marriage, family, dietary, adjustment, or psychological adaptation), hearing tests, refractive defects of the eye, corrective eye surgery for refractive error, corrective devices (including spectacles, eyeglasses, contact lenses, hearing aids, orthodontic appliances, braces, corrective shoes), or dental treatment unless covered under the optional benefits cover of this Policy for vision, dental, or medical check-up;
- (f) Cosmetic or re-constructive surgery, treatment or procedure and any complications or sequelae thereof, except:-
 - i. re-constructive surgery performed as a result of or in connection with any Injury caused by an Accident arising during the Period of Insurance and is undertaken within 12 months of the Accident; or
 - ii. re-construction of breast coincident with surgery for breast cancer or within 12 months from date of the surgery for breast cancer provided the Policy of the Insured Person is still in force at the time of the re-constructive surgery. In the case the benefit or class or level of cover has been changed, the lower amount of benefits shall be paid by the Company.
- (g) Disability arising directly or indirectly out of excessive consumption of alcohol or misuse of drugs, solvent, or any addiction;
- (h) Outpatient treatments or services for psychiatric, psychological, mental or nervous disorders, and any physiological or psychosomatic manifestations thereof;
- (i) a Disability resulting from declared or undeclared war or any act thereof, service in the military, naval or air forces, riot, rebellion, hostilities, revolution, nuclear and chemical contamination or civil commotion, or Act of Terrorism unless an Insured Person sustains an Injury whilst an innocent bystander resulting from Act of Terrorism up to a maximum amount of US\$100,000 per Insured Person per incident;
- (j) intentionally self-inflicted injury, suicide, attempted suicide, while sane or insane;
- (k) Injury sustained while participating in (including any practice or conditioning program for) any sport contest or competition including but not limited to the following activities: auto or car racing, professional sport, contact sport, motorcycle racing, powerboat racing, and dressage competition;
- (l) skydiving, parasailing, hang-gliding, flying (other than as a fare-paying passenger on a duly licensed commercial aircraft), caving, rock or mountain climbing (with or without the use of ropes or other equipment), bungee jumping, non-recreational scuba-diving, scuba diving to a sea-depth of greater than thirty (30) meters, polo, steeple chasing or any other hazardous activity, unless declared to and accepted by the Company or deliberate exposure to exceptional danger (except in an effort to save human life);
- (m) venereal diseases or their sequelae;
- (n) weight treatment and management or bariatric surgery;
- (o) developmental abnormalities including but not limited to learning difficulties, behavioral problems and problems relating to physical development;
- (p) all treatment for Persistent Vegetative State or permanent neurological damage will, without exception, cease after ninety (90) days of the treatment commencing;
- (q) Human Immunodeficiency Virus ("HIV") and/or HIV related illnesses including Acquired Immune Deficiency Syndrome ("AIDS"), AIDS Related Complex and/or any mutation, derivation, or variation thereof which manifest at any time within five years from the Insured Person's effective date;

- (c) kepatuhan dan pemenuhan semua syarat, ketentuan dan klausa Polis ini (termasuk endorsement) sejauh yang berkaitan dengan hal-hal yang akan dilakukan atau dipatuhi oleh Pemegang Polis atau Tertanggung dan ini merupakan kondisi yang mempengaruhi tanggung jawab Perusahaan.

37. Hukum yang Berlaku

Pembuatan, keabsahan dan kinerja Polis ini harus diatur oleh hukum Indonesia.

38. Pengecualian

Polis ini tidak menjamin atau memberikan manfaat dalam setiap situasi berikut atau kejadian termasuk sekuel, komplikasi dan kondisi terkait yang berlaku untuk atau terkait dengan seorang Tertanggung kecuali jika dicakup oleh Polis: -

- (a) Kondisi yang Sudah Ada Sebelumnya, kecuali yang dinyatakan dan diterima oleh Perusahaan;
- (b) perawatan yang tidak dibutuhkan atau yang dilakukan oleh Anggota Keluarga Dekat atau dapat dibayarkan oleh asuransi lain atau ganti rugi terhadap Pemegang Polis atau Tertanggung yang bersangkutan;
- (c) kehamilan dan komplikasinya, kecuali jika sudah dijamin oleh Polis, pembedahan janin, kontrasepsi, perawatan impotensi atau ketidaksuburan (termasuk inseminasi buatan, kesuburan in vitro, transfer janin), pembalikan sterilisasi atau aborsi elektif, metode kontrasepsi secara pembedahan, mekanis atau kimiawi atau perawatan terkait ketidaksuburan, perubahan jenis kelamin serta kondisi-kondisi apa pun yang muncul daripadanya;
- (d) skrining dan perawatan untuk Kondisi Bawaan dan cacat atau penyakit genetik;
- (e) Perawatan kustodial, perawatan atau layanan ke rumah, pemeriksaan kesehatan rutin atau check-up, atau perawatan dan layanan apa pun yang dianggap tidak perlu oleh Perusahaan untuk kondisi fisik atau mental. Termasuk didalamnya pemeriksaan berkala, vaksinasi (kecuali untuk efek samping akibat menerima vaksinasi COVID), konseling (pernikahan, keluarga, diet, penyesuaian atau adaptasi psikologis), uji pendengaran, cacat refraktif mata, bedah mata korektif, alat pengkoreksi (termasuk bingkai kacamata, lensa kacamata, lensa kontak, alat bantu dengar, peralatan ortodontik, kawat gigi, sepatu pengoreksi kaki), atau perawatan gigi kecuali dijamin oleh manfaat pilihan untuk kacamata, gigi atau cek kesehatan medis;
- (f) Kosmetik atau bedah rekonstruktif, perawatan atau prosedur dan komplikasi atau turunan daripadanya, kecuali:-
 - i. Bedah rekonstruktif yang dilakukan sebagai akibat dari atau terkait dengan segala Cidera diakibatkan Kecelakaan yang timbul selama Periode Asuransi dan dilakukan dalam waktu 12 bulan sejak kecelakaan; atau
 - ii. Rekonstruksi payudara yang bertepatan dengan pembedahan kanker payudara atau dalam waktu 12 bulan dari tanggal operasi kanker payudara asalkan Polis yang menjamin Tertanggung masih berlaku pada saat operasi rekonstruksi. Dalam hal manfaat atau kelas atau tingkat jaminan telah diubah, jumlah manfaat yang lebih rendah yang akan dibayarkan oleh Perusahaan.
- (g) Ketidakmampuan yang muncul secara langsung atau tidak langsung dari konsumsi alkohol yang berlebihan atau penyalahgunaan obat-obatan, pengencer atau zat lainnya yang menyebabkan kecanduan;
- (h) Perawatan Rawat Jalan atau layanan untuk masalah kejiwaan, psikologis, gangguan mental atau syaraf, dan segala gejala fisiologis atau manifestasi psikosomatis daripadanya;
- (i) Sebuah Ketidakmampuan yang disebabkan oleh perang, baik yang dinyatakan maupun tidak, bertugas di militer, angkatan laut atau angkatan udara, huru hara, pemberontakan, tindakan agresif, revolusi, kontaminasi nuklir dan zat kimia atau kerusakan sipil, atau Tindak Terorisme kecuali jika Tertanggung menderita Cidera sebagai warga tidak bersalah akibat Tindak Terorisme hingga jumlah maksimum US\$100.000 per Tertanggung per kejadian;
- (j) Tindakan melukai diri yang disengaja, bunuh diri, percobaan bunuh diri, baik dalam kondisi kejiwaan yang waras atau tidak;
- (k) Cidera yang diderita pada saat berpartisipasi dalam (termasuk praktik atau program pelatihan untuk) kontes atau kompetisi olahraga termasuk tetapi tidak terbatas pada kegiatan-kegiatan berikut: balapan otomotif atau mobil, olahraga profesional, olahraga yang melibatkan kontak fisik, balapan sepeda motor, balapan kapal dan kompetisi berkuda;
- (l) Skydiving, parasailing, hand-gliding, bepergian dengan pesawat terbang (selain dari sebagai penumpang dengan tiket di pesawat komersil berlisensi), menjelajahi gua, memanjat tebing atau gunung (dengan atau tanpa menggunakan tali atau perlengkapan panjat tebing lainnya), *bungee jumping*, *scuba diving* yang bukan dalam rangka wisata, scuba diving ke kedalaman lebih dari tiga puluh (30) meter, polo, pacuan kuda atau kegiatan berbahaya lainnya, kecuali jika telah dinyatakan kepada dan diterima oleh Perusahaan atau pemaparan yang disengaja terhadap bahaya yang tidak biasa (kecuali dengan tujuan menyelamatkan nyawa manusia);
- (m) penyakit menular seksual atau turunannya;
- (n) perawatan dan pengelolaan berat badan, atau pembedahan *bariatric*;
- (o) ketidaknormalan tumbuh kembang termasuk tetapi tidak terbatas pada kesulitan belajar, masalah perilaku dan masalah yang berhubungan dengan pertumbuhan fisik;

- (r) prostheses, orthotic devices, corrective devices, medical appliances such as CPAP, BP monitor, blood glucose monitor and medical appliances not required for a surgical operation;
- (s) participation in any illegal activity or unlawful act; and
- (t) expenses incurred for the provision of medical and hospital bills, certificates, documentation, information or other evidence required by the Company.

OPTIONAL BENEFITS

Optional benefits are subject to payment of additional premium, the amount of which is specified on the Application. Optional benefits may only be purchased at the time of the Application for this Policy and may not be added subsequently.

The relevant optional benefit will only apply and be part of this Policy if the relevant rider has been attached to this Policy and the relevant premium in respect of that benefit has been paid to and received by the Company. No refund of premium will be made on termination of the optional benefits.

Furthermore with regard to Claims made in relation to the OPTIONAL BENEFITS section it should be noted that because the nature and cover are different certain conditions have been changed to reflect the cover and benefits provided under OPTIONAL BENEFITS

OPTIONAL DENTAL BENEFITS

(When a Dental Rider is attached)

The Company will pay Normal, Usual and Customary Charges for dental treatment performed by a Dentist.

All dental conditions requiring treatment as of the first visit of the relevant Insured Person to a Dentist on or after the Policy Effective Date shall be; and shall be deemed to be, Pre-existing Conditions for the purposes of this Policy and the liability of the Company to pay benefits under this Policy whether such dental conditions shall be identified or diagnosed at such first visit to a Dentist or not.

On such first visit to a Dentist, a full dental examination shall be performed and a full set of dental x-rays shall be taken. The cost of such first visit to a Dentist, including the fees of the Dentist and the cost of the x-rays, shall be covered under this Policy. A complete dental examination report of the relevant Dentist must be submitted with the first claim for benefits under these optional dental benefits.

OPTIONAL VISION BENEFITS

(When a Vision Rider is attached)

The Company will pay Normal, Usual and Customary Charges for eye examinations and spectacles, eyeglasses and contact lenses. The Company will not pay expenses for or in connection with corrective eye surgery for refractive error and any treatment in relation to any subsequent complications or consequences thereof and such expenses are not covered under this Policy.

OPTIONAL PERSONAL ACCIDENT BENEFITS

(When a Personal Accident Rider is attached)

1. The Company will pay personal accident benefits in accordance with the additional Schedule of Benefits for Personal Accident set out below if an Insured Person sustains an Injury with the consequences set out in paragraph 2 below and subject to the listed additional terms, conditions and exclusions for personal accident specified in the relevant paragraphs below.
2. In the event that during the Period of Insurance an Insured Person sustains an Injury and such Injury shall within twelve (12) calendar months be the sole direct cause of:
 - (a) death; or
 - (b) total and irrecoverable loss of sight in one or both eyes; or
 - (c) total loss of one or more limbs; or
 - (d) total and irremediable loss of use of two or more limbs; or
 - (e) Permanent Total Disablement; or
 - (f) total and irremediable loss of use of one limb,
 the Company will pay a maximum sum equal to the limit set out in the Benefits Schedule for personal Accident set out below for that Injury causing that loss. If the Insured Person suffers more than one loss due to one Accident, payment will be made only for the loss which results in the largest benefits being paid under these optional personal accident benefits.

- (p) semua perawatan untuk *Persistent Vegetative State* atau kerusakan neurologis permanen akan, tanpa pengecualian, berhenti setelah sembilan puluh (90) hari sejak perawatan dimulai.
- (q) Human Immunodeficiency Virus ("HIV") dan/atau penyakit lainnya terkait HIV semisal AIDS, Penyakit Kompleks terkait AIDS dan/atau mutasi, turunan atau variasi apa pun yang muncul kapan pun dalam rangka waktu lima tahun sejak tanggal efektif Polis Tertanggung;
- (r) alat prostetik, alat ortotik, alat korektif, perlengkapan medis seperti CPAP, monitor TD, monitor Gula Darah dan perlengkapan medis yang tidak dibutuhkan untuk pembedahan;
- (s) keterlibatan dalam kegiatan ilegal; dan perbuatan melawan hukum; dan
- (t) biaya – biaya yang timbul untuk tagihan rumah sakit dan obat-obatan, sertifikat, dokumentasi, informasi atau bukti lainnya yang diminta oleh Perusahaan.

MANFAAT PILIHAN

Manfaat pilihan tergantung dari pembayaran premi tambahan, yang jumlahnya dinyatakan spesifik dalam Aplikasi. Manfaat pilihan hanya dapat dibeli pada saat pengajuan Aplikasi untuk polis ini dan tidak dapat ditambahkan kemudian.

Manfaat pilihan terkait hanya akan berlaku dan menjadi bagian dari Polis ini jika manfaat tambahan terkait telah dilampirkan pada Polis ini dan premi terkait manfaat tersebut telah dibayar kepada dan diterima oleh Perusahaan. Tidak ada pengembalian premi yang akan diberikan pada pengakhiran suatu manfaat pilihan.

Selanjutnya Klaim yang dilakukan sehubungan dengan bagian MANFAAT PILIHAN, perlu dicatat bahwa karena sifat dan jaminannya berbeda beberapa kondisi tertentu telah berubah untuk mencerminkan jaminan dan manfaat yang diberikan dibawah MANFAAT PILIHAN.

MANFAAT PILIHAN RAWAT GIGI

(Apabila Manfaat Gigi ditambahkan)

Perusahaan akan membayar Biaya Normal, Biasa dan Wajar untuk perawatan gigi oleh Dokter Gigi.

Semua kondisi gigi yang membutuhkan perawatan pada kunjungan pertama Tertanggung ke Dokter Gigi pada atau setelah Tanggal Berlakunya Polis seharusnya; dan dianggap sebagai Kondisi Yang Telah Ada Sebelumnya dalam Polis ini dan tanggung jawab Perusahaan untuk membayar manfaat dalam Polis ini, terlepas dari apakah kondisi gigi tersebut diidentifikasi atau didiagnosa pada kunjungan pertama ke Dokter Gigi atau tidak.

Pada kunjungan pertama ke Dokter Gigi, pemeriksaan gigi harus dilakukan secara menyeluruh dan pemindaian sinar-x lengkap terhadap gigi juga harus dilakukan. Biaya kunjungan pertama ke Dokter Gigi, termasuk biaya Dokter Gigi dan biaya Sinar-x, harus dijamin dalam Polis ini. Laporan Pemeriksaan Gigi yang lengkap dari Dokter Gigi yang terkait harus diajukan pada saat pengajuan klaim pertama untuk manfaat-manfaat dibawah manfaat gigi pilihan ini.

MANFAAT PILIHAN PENGLIHATAN

(Apabila Manfaat Penglihatan ditambahkan)

Perusahaan akan membayar Biaya Normal, Biasa dan Wajar untuk pemeriksaan mata dan kacamata serta lensa kontak. Perusahaan tidak akan membayar biaya untuk atau terkait dengan bedah mata korektif untuk kesalahan refraktif dan perawatan apa pun terkait dengan komplikasi-komplikasi sesudahnya atau akibat-akibatnya dan pengeluaran tersebut tidak dijamin dalam Polis ini.

MANFAAT PILIHAN KECELAKAAN DIRI

(Jika Manfaat Kecelakaan diri ditambahkan)

1. Perusahaan akan membayar santunan kecelakaan diri sesuai dengan Daftar Manfaat tambahan untuk Kecelakaan Diri di bawah ini jika Tertanggung menderita Cedera dengan akibat-akibat yang disebutkan dalam paragraf 2 di bawah ini dan sesuai dengan syarat, ketentuan dan pengecualian kecelakaan diri tambahan yang ditetapkan dalam paragraf-paragraf terkait di bawah ini.
2. Jika selama Periode Asuransi Tertanggung menderita Cedera yang dalam waktu dua belas (12) bulan kalender menjadi penyebab langsung dari kejadian-kejadian berikut:
 - (a) kematian; atau
 - (b) kehilangan penglihatan total yang tidak dapat disembuhkan pada satu atau kedua mata; atau
 - (c) kehilangan satu atau lebih anggota tubuh; atau
 - (d) kehilangan total dua atau lebih anggota tubuh yang tidak dapat disembuhkan; atau
 - (e) Cacat Total Permanen; atau
 - (f) Kehilangan total kegunaan satu anggota tubuh.
 Perusahaan akan membayar jumlah maksimum setara dengan batas yang ditetapkan dalam Daftar Manfaat untuk Kecelakaan diri yang ditetapkan di bawah ini untuk Cedera yang menyebabkan kerugian tersebut. Jika Tertanggung menderita lebih dari satu kehilangan untuk satu kecelakaan, pembayaran hanya akan dilakukan untuk kerugian yang berujung pada dibayarnya manfaat terbesar didalam manfaat kecelakaan diri pilihan tersebut.

SCHEDULE OF BENEFITS FOR PERSONAL ACCIDENT

Benefits are expressed as a percentage of the sum insured in respect of the relevant Insured Person:-

Accidental Death	100%
Total and irrecoverable loss of sight in one or both eyes	100%
Total loss of one or more limbs	100%
Total and irremediable loss of use of two or more limbs	100%
Permanent Total Disablement	100%
Total and irremediable loss of use of one limb	50%

The total amount payable in respect of any one Injury shall not exceed the sum insured in respect of the relevant Insured Person.

ADDITIONAL CONDITIONS FOR PERSONAL ACCIDENT BENEFITS

3. Change of Occupation

The Insured Person must not engage in any occupation which has an occupational risk classification as described in clause 22 with a higher number or of a higher class than that of the occupation disclosed in the Application. The Company will not pay any benefits for an Injury related to the Insured Person's occupation with such higher number or of such higher class unless:-

- written notification is given to the Company of that occupation; and
- the Company has agreed in writing to the cover under this Policy extending to the relevant Insured Person carrying on that occupation; and
- any additional premium required is paid to and received by the Company; and
- it shall be a condition precedent to recovery of any benefit to have notified the Company of any change in occupation.

4. Change in Risk

The Policyholder or the relevant Insured Person shall give immediate notice to the Company of any change of occupation or duties, address or any Injury, disease, physical defect or infirmity by which an Insured Person has become affected and of any other insurance affected by or on behalf of an Insured Person against accident or incapacity. It shall be a condition precedent to recovery notify the Company at any of the above mentioned Change in Risk.

5. Claims Procedure

5.1 In the event of an Accident, the Policyholder or the relevant Insured Person shall:-

- give written notice to the Company within ninety (90) days of an Accident likely to give rise to a claim under this Policy; and
- as soon as possible act, or procure that the relevant Insured Person acts on proper medical or surgical advice; and
- send by post, at the Policyholder's expense, to the Company's third party administrative office all medical and hospital bills, certificates, information and evidence required by the Company; and
- undergo or procure that the relevant Insured Person undergoes a medical examination if required by the Company.

5.2 In the event of an Accident resulting in the death of an Insured Person, the Company:

- may require, at the Company's expense, a postmortem examination of the Insured Person;
- must be given prior written notice of the time and place of any inquest into the death of the Insured Person;
- must be given prior written notice of the time and place of the interment or cremation of the remains of the Insured Person.

6. Payment of Claims

6.1 The Company shall not make any payment under this Policy in respect of any Injury until the full amount payable in respect of such Injury is ascertained and agreed by the Company with the Policyholder.

6.2 An Insured Person is not entitled to any interest on any amounts payable by the Company under these optional personal accident benefits.

7. Expiry of Liability

The Company shall not be liable for any claim arising from an Accident that is not notified to them in writing or for which proper medical care and treatment is not sought or followed. In no case shall the Company be liable for any claim made after 365 days following the date of an Accident unless the claim is pending resolution of the dispute.

8. Liability Limits

The maximum sum payable by the Company:-

- in respect of an Insured Person above the age of 65 is US\$100,000; coverage shall be terminated at the end of the Policy Year during which the Insured Person attains the age of 81;
- in respect of a Child covered under this Policy, is the lesser of:

TABEL MANFAAT UNTUK KECELAKAAN DIRI

Manfaat-manfaat berikut dinyatakan dengan persentase jumlah yang diasuransikan untuk Tertanggung:

Kematian karena kecelakaan	100%
Kehilangan penglihatan secara menyeluruh tanpa dapat disembuhkan pada satu atau kedua mata	100%
Kehilangan satu atau lebih anggota tubuh	100%
Kehilangan daya guna dua atau lebih anggota tubuh secara menyeluruh tanpa dapat disembuhkan	100%
Cacat total permanen	100%
Kehilangan daya guna satu anggota tubuh secara menyeluruh tanpa dapat disembuhkan	50%

Total jumlah yang harus dibayar untuk salah satu Cedera tidak boleh lebih dari jumlah uang pertanggungan dari Tertanggung.

KETENTUAN TAMBAHAN UNTUK MANFAAT KECELAKAAN DIRI

3. Perubahan Pekerjaan

Tertanggung tidak boleh terlibat dalam profesi apa pun yang memiliki penggolongan risiko kerja seperti yang dijelaskan dalam Klausula 22 dengan jumlah yang lebih tinggi atau klaim lebih tinggi dari profesi yang disebutkan dalam Aplikasi. Perusahaan tidak akan membayar manfaat apa pun untuk Cedera yang berkaitan dengan profesi Tertanggung dengan jumlah atau kelas yang lebih tinggi kecuali:-

- pemberitahuan tertulis diberikan kepada Perusahaan mengenai profesi tersebut; dan
- Perusahaan telah menyetujui secara tertulis untuk menjamin di dalam Polis ini kepada Tertanggung yang memiliki profesi terkait; dan
- Premi tambahan lainnya harus dibayar kepada dan diterima oleh Perusahaan.
- Hal ini akan menjadi kondisi yang mempengaruhi pemulihan dari setiap manfaat yang telah diberitahukan sebelumnya kepada Perusahaan dari setiap perubahan pekerjaan

4. Perubahan Risiko

Pemegang Polis atau Tertanggung yang terkait harus menyerahkan surat pemberitahuan kepada Perusahaan mengenai perubahan pekerjaan atau tugas, alamat atau cedera, penyakit, cacat fisik atau rawat inap apa pun terhadap Tertanggung dan kelamahan yang mana seseorang menjadi terpengaruh dan asuransi lainnya yang terpengaruh oleh atau atas nama Tertanggung terhadap kecelakaan atau kelalaian. Itu akan menjadi kondisi preseden sebelum pemulihan diberitahukan kepada Perusahaan pada setiap Perubahan Risiko yang disebutkan diatas.

5. Prosedur Klaim

5.1 Jika terjadi kecelakaan, Pemegang Polis atau Tertanggung harus:

- Menyerahkan surat pemberitahuan tertulis kepada Perusahaan dalam waktu sembilan puluh (90) hari sejak terjadinya suatu kecelakaan yang mungkin dapat menyebabkan klaim dalam Polis ini; dan
- Sesegera mungkin mengambil tindakan, atau mengatur agar Tertanggung memperoleh nasihat medis atau bedah yang sesuai; dan
- Mengirim semua tagihan dokter dan rumah sakit, sertifikat, informasi dan bukti yang dibutuhkan oleh Perusahaan ke kantor administratif pihak ketiga Perusahaan melalui pos atas biaya Pemegang Polis; dan
- Melaksanakan atau mengatur agar Tertanggung menjalani pemeriksaan medis jika dibutuhkan oleh Perusahaan.

5.2 Jika terjadi Kecelakaan yang mengakibatkan kematian Tertanggung, Perusahaan:

- dapat meminta diadakannya pemeriksaan otopsi terhadap Tertanggung atas biaya Perusahaan;
- harus diberi pemberitahuan tertulis mengenai waktu dan tempat penyelidikan kematian Tertanggung;
- harus diberikan pemberitahuan tertulis sebelumnya mengenai waktu dan tempat penguburan atau kremasi jenazah Tertanggung.

6. Pembayaran Klaim

6.1 Perusahaan tidak boleh melakukan pembayaran apa pun dalam Polis ini untuk Cedera pada pun hingga semua tagihan terkait Cedera tersebut sudah dibayar dan disetujui oleh Perusahaan dengan Pemegang Polis.

6.2 Tertanggung tidak berhak atas bunga untuk jumlah apa pun yang harus dibayar oleh Perusahaan dari pilihan manfaat kecelakaan diri ini.

7. Berakhirnya Masa Tanggung Jawab

Perusahaan tidak bertanggung jawab untuk klaim apa pun yang muncul dari suatu Kecelakaan yang tidak diberitahukan secara tertulis atau yang tidak diikuti dengan perawatan medis yang sesuai. Perusahaan juga tidak bertanggung jawab atas klaim yang diajukan setelah 365 hari setelah tanggal terjadinya kecelakaan, kecuali jika klaim sedang menunggu keputusan penyelesaian sengketa.

8. Batas Kewajiban

Jumlah maksimum yang dibayarkan Perusahaan:

- Sehubungan dengan Tertanggung di atas usia 65 tahun adalah US\$100.000, cakupan perlindungan harus berhenti pada akhir Tahun Polis di mana Tertanggung mencapai umur 81 tahun.
- Terkait Anak yang terjamin dalam Polis ini, yang mana lebih kecil dari:

- i. 10% of the sum insured of his parent/guardian under these optional personal accident benefits. If the parents/guardians of the Child are insured for different levels of benefits, then the lower level shall apply; and
- ii. US\$50,000.

ADDITIONAL EXCLUSIONS FOR PERSONAL ACCIDENT BENEFITS

9. These optional personal accident benefits do not cover or provide benefits in any of the following circumstances or events directly or indirectly applying to or in respect of an Insured Person: -
 - (a) an Injury sustained as a direct or indirect result of participating in an excluded activity described in paragraph 10 below;
 - (b) intentionally self-inflicted injury, suicide, attempted suicide, while sane or insane;
 - (c) normal pregnancy or childbirth;
 - (d) the use of alcohol, drugs or solvents, unless administered upon the advice of a Physician;
 - (e) an Injury directly or indirectly caused by, resulting from, or in connection with:
 - i. war, invasion, acts of foreign enemy, hostilities or warlike operations (whether war be declared or not), civil war, military rising, insurrection, rebellion, revolution, military or usurped power, martial law, mutiny or riot or civil commotion assuming the proportions of or amounting to a popular rising;
 - ii. Acts of Terrorism or action taken in controlling, preventing, suppressing or in any way relating to any Act of Terrorism, regardless of any other cause or event contributing concurrently or in any other sequence of loss;
 - (f) Human Immunodeficiency Virus ("HIV") and/or HIV related illnesses including Acquired Immune Deficiency Syndrome ("AIDS"), AIDS Related Complex and/or any mutation, derivation, or variation thereof;
 - (g) an Injury arising from or contributed by any physical or mental defect or infirmity which is not previously declared and accepted by the Company;
 - (h) radioactive contamination;
 - (i) an Injury sustained while serving as air or ship crew or airline personnel;
 - (j) an Injury sustained while serving in the armed forces of any country. Upon the Insured Person entering the armed forces of any country, the Company will refund the unearned pro-rata premium paid in respect of such Insured Person to the Policyholder;
 - (k) Injury which results from an Insured Person's commission of or attempt to commit any unlawful act;
 - (l) deliberate exposure to exceptional danger except in an attempt to save human life; and

10. Excluded Activities

Dangerous or hazardous activities, or professional sport or practice or conditioning program for such sport, such as but not limited to: -

- (a) riding as a passenger or otherwise in any vehicle or device for aerial navigation except as a fare-paying passenger in an aircraft operated by a scheduled airline maintaining regular published schedules on a regularly established route;
- (b) rock or mountain climbing with or without the use of ropes or other equipment;
- (c) international motor rallies;
- (d) racing other than
 - (i) on foot
 - (ii) swimming
 - (iii) yachting within territorial waters;
- (e) scuba diving/diving to a sea-depth of greater than thirty (30) meters.

OPTIONAL TRAVEL BENEFITS

(When a Travel Rider is attached)

1. If this Policy is extended to include these optional travel benefits, an Insured Person over the age of six (6) weeks will be covered for an unlimited number of trips in each Policy Year outside the Country of Residence of the relevant Insured Person provided always that the maximum number of days for each trip for which cover shall be granted under these optional travel benefits shall be ninety (90) days.
2. Cover under these optional travel benefits (except Cancellation Charges Benefit) shall commence on departure from the international departure point of the Country of Residence and ceases on return to the Country of Residence at the international arrival area or at midnight on the last date of the Period of Insurance, whichever is the earlier.
3. The cover for "Cancellation Charges Benefit" commences fourteen (14) days before the scheduled commencement date and ceases on the scheduled commencement date of travel.

- i. 10% dari jumlah yang diasuransikan untuk orang tua/wali-nya di dalam manfaat kecelakaan diri opsional ini. Jika orang tua/wali Anak yang bersangkutan diasuransikan untuk berbagai tingkat manfaat, maka tingkat yang lebih rendah yang akan berlaku; dan
- ii. US\$50,000.

PENGECUALIAN TAMBAHAN UNTUK MANFAAT KECELAKAAN DIRI

9. Manfaat tambahan kecelakaan diri ini tidak menjamin atau memberikan manfaat-manfaat di dalam segala keadaan atau peristiwa langsung atau tidak langsung berikut yang berlaku atau terkait Tertanggung:
 - (a) Cedera yang diderita sebagai akibat langsung maupun tidak langsung dari keikutsertaan dalam kegiatan yang dikecualikan yang disebutkan dalam paragraf 10 di bawah ini;
 - (b) Melukai diri sendiri dengan sengaja, aksi bunuh diri, upaya bunuh diri, baik dalam keadaan waras atau tidak;
 - (c) Kehamilan atau melahirkan;
 - (d) Penggunaan alkohol, obat-obatan atau pengencer, kecuali atas anjuran dokter;
 - (e) Cedera yang secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh, akibat dari, atau sehubungan dengan:
 - i. Perang, invasi, tindakan musuh asing, permusuhan atau operasi perang (apakah perang dinyatakan atau tidak), perang sipil, kebangkitan militer, pemberontakan, revolusi, perebutan kekuasaan atau militer, darurat militer, pemberontakan atau kerusuhan atau kerusuhan sipil dengan asumsi proporsi dari atau jumlah kenaikan yang populer;
 - ii. Tindakan Terorisme atau tindakan yang diambil dalam mengendalikan, mencegah, menekan atau dengan cara apapun yang berkaitan dengan Terorisme, terlepas dari penyebab atau kejadian lain yang berkontribusi secara bersamaan atau dalam urutan kerugian lainnya;
 - (f) Human Immunodeficiency Virus ("HIV") atau penyakit lainnya terkait HIV semisal AIDS, Penyakit Kompleks Terkait AIDS dan/atau mutasi, turunan atau variasinya;
 - (g) cedera yang muncul dari atau turut disebabkan oleh cacat fisik dan mental atau penyakit yang tidak pernah dinyatakan kepada dan diterima oleh Perusahaan;
 - (h) Kontaminasi radioaktif;
 - (i) Suatu cedera yang diderita pada saat menjalankan tugas sebagai kru pesawat udara atau karyawan perusahaan penerbangan;
 - (j) Suatu cedera yang diderita pada saat menjalankan tugas sebagai angkatan bersenjata negara apa pun. Jika Tertanggung menjadi anggota militer negara apa pun, Perusahaan akan mengembalikan premi yang sudah dibayar secara pro-rata terkait Tertanggung kepada Pemegang Polis.
 - (k) Cedera yang diakibatkan oleh penugasan Tertanggung atau upaya untuk melaksanakan tindakan yang melawan hukum;
 - (l) terpapar secara sengaja terhadap bahaya yang tidak biasa, kecuali dalam upaya penyelamatan nyawa manusia.

10. Kegiatan-kegiatan yang Dikecualikan

Kegiatan-kegiatan yang berbahaya atau olahraga atau praktik atau program pelatihan profesional untuk olahraga tersebut, termasuk tetapi tidak terbatas pada:

- (a) bepergian sebagai penumpang atau dalam kapasitas lainnya di kendaraan atau alat navigasi penerbangan, kecuali sebagai penumpang yang membayar di pesawat terbang yang dioperasikan oleh pesawat terbang yang dijadwalkan secara berkala pada rute yang telah ditetapkan secara berkala;
- (b) panjat tebing atau gunung dengan atau tanpa menggunakan tali atau perlengkapan lainnya;
- (c) Reli motor internasional;
- (d) balapan selain dari
 - (i). jalan kaki;
 - (ii). renang;
 - (iii). berlayar dengan kapal yacht di dalam perairan wilayah;
- (e) Scuba diving/menyelam hingga kedalaman lebih dari tiga puluh (30) meter

MANFAAT PILIHAN PERJALANAN

(Jika Manfaat Perjalanan ditambahkan)

1. Jika Polis ini diperluas hingga mencakup manfaat-manfaat perjalanan tambahan, maka Tertanggung yang usianya lebih dari enam (6) minggu akan dilindungi pada saat melakukan perjalanan dalam jumlah yang tidak terbatas dalam setiap Tahun di luar Negara Tempat Tinggal Tertanggung, dengan syarat bahwa jumlah hari maksimum untuk setiap perjalanan yang dilindungi oleh manfaat perjalanan tambahan ini adalah sembilan puluh (90) hari.
2. Perlindungan dalam manfaat perjalanan tambahan (kecuali Manfaat Biaya Pembatalan) harus dimulai pada saat keberangkatan dari titik keberangkatan internasional di Negara Tempat Tinggal dan akan berakhir pada saat tiba di wilayah kedatangan internasional atau pada tengah malam di hari terakhir Periode Asuransi, yang mana yang lebih dahulu.
3. Perlindungan untuk "Manfaat Biaya Pembatalan" dimulai empat belas (14) hari sebelum tanggal dimulainya perlindungan sesuai dengan jadwal dan berakhir pada tanggal dimulainya perjalanan sesuai dengan jadwal.

4. No benefits shall be payable under these optional travel benefits (except Cancellation Charges Benefit) for losses and damages arising in the Country of Residence.
 5. The amount payable by the Company in respect of claims under these optional travel benefits for any one trip shall not exceed the maximum benefits set out in the Benefits Schedule.
 6. **Additional Exclusions & Limitations for Travel Benefits**
 - 6.1 These optional travel benefits do not cover or provide benefits for: -
 - (a) accidents whilst engaging in (including any practice or conditioning program for) any sports or games in a professional capacity or organized contacts sports, racing (other than on foot), motor rallies and competitions, rock or mountain climbing normally involving the use of ropes or other equipment, potholing, skydiving, hang gliding, parachuting, hunting on horseback, entering / descending or flying in any aircraft other than a properly licensed aircraft operated by a recognized airline in which the Insured Person is travelling as a fare-paying passenger, engaging in any kind of manual labour work either in business or leisure or hazardous work engaging in offshore activities including but not limited to commercial diving, oil well drilling, mining, handling of explosives, construction site working, stunt works and aerial photography;
 - (b) trekking at an altitude limit greater than 5,000 meters above sea level or scuba diving to a sea-depth greater than thirty (30) meters;
 - (c) service as security personnel of any person or company;
 - (d) service in the armed forces of any country or state;
 - (e) employment on commercial watercraft of any description.
 - 6.2. The Policyholder and each Insured Person agree that the Company may, at the expense of the Company, take legal action in the name of the Policyholder or an Insured Person to recover compensation from a third party in respect of any indemnity provided under these optional travel benefits and any amount so recovered shall belong to the Company. For the avoidance of doubt, the Insured Person hereby assigns right to bring legal action in its name to the Company.
 - 6.3. The Policyholder and the relevant Insured Person shall be jointly liable for the costs of any Emergency services used by an Insured Person that is not covered under these optional travel benefits and, if such costs are paid by the Company, must repay the amount of such costs no later than thirty (30) days from the date on which the costs were occurred.
 - 6.4. The Company and its service provider(s) cannot be held responsible for failure to provide services or for delays caused by strikes or conditions beyond its control, including, but not limited to, flight conditions or wherelocal laws or regulatory agencies prohibit the Company and its service provider(s) rendering such services.
 7. **Medical and Emergency Benefit**
 - 7.1 Under these optional travel benefits, the Company will pay benefits for or in respect of a Disability to or of an Insured Person which occurs or begins outside the Country of Residence of the relevant Insured Person including: -
 - (a) Emergency medical treatment, hospitalization, surgery, ambulance and paramedic services, diagnostic tests and medicines prescribed by the Attending Physician;
 - (b) the treatment of an acute Disability which occurs or begins while the Insured Person is outside of his Country of Residence (unless one of the purposes of the trip is to seek medical treatment) for up to a maximum thirty (30) days or until the Disability can be safely treated in the Country of Residence, whichever is less;
 - (c) medical evacuation which is organized by the Company's designated assistance company in the event that adequate medical facilities are not available in the immediate vicinity. The assistance company will arrange the evacuation by whatever medically necessary means to the nearest suitable facility which is capable providing adequate medical care;
 - (d) one economic class air ticket to return an Insured Person to his Country of Residence following the medical evacuation if his original ticket is not valid.
 - 7.2. This emergency and medical benefit does not cover:-
 - (a) Pre-existing Conditions, Congenital Conditions or maternity care;
 - (b) Cosmetic Surgery, eyeglasses or hearing aids, and prescriptions therefore except as necessitated to correct a condition resulting solely from an external accidental Injury occurring during a trip covered by this Policy;
 - (c) Psychiatric, psychological, mental or nervous disorders and insanity;
 - (d) charges in respect of special or private nursing;
 - (e) expenses covered by any other medical, health, or accident insurance or indemnity program or policy;
4. Tidak ada manfaat yang akan dibayar menurut manfaat perjalanan tambahan ini (kecuali Manfaat Biaya Pembatalan) untuk kerugian dan kerusakan yang muncul di dalam Negara Tempat Tinggal.
 5. Jumlah yang harus dibayar oleh Perusahaan terkait klaim dalam manfaat perjalanan tambahan ini untuk suatu perjalanan tidak boleh lebih dari manfaat maksimum yang ditetapkan dalam Daftar Manfaat.
 6. **Pengecualian & Pembatalan Tambahan untuk Manfaat Perjalanan**
 - 6.1. Manfaat perjalanan tambahan ini tidak melindungi atau menyediakan manfaat untuk;
 - (a) Kecelakaan-kecelakaan yang terjadi pada saat melakukan (termasuk tetapi tidak terbatas pada praktik atau program pelatihan apa pun untuk) olahraga atau permainan profesional atau olahraga kontak fisik yang terorganisir, balapan (selain dari jalan kaki, rally dan kompetisi motor, panjat tebing atau gunung yang melibatkan penggunaan tali atau perlengkapan lainnya, petholing, skydiving, hang-gliding, terjun payung, berburu di atas kuda, memasuki / menurunkan atau terbang di pesawat selain dari pesawat berlisensi yang dioperasikan oleh perusahaan penerbangan yang sudah diakui, di mana Tertanggung melakukan perjalanan sebagai penumpang yang membayar, terlibat dalam kerja kasar baik untuk tujuan bisnis atau hobi atau pekerjaan berbahaya di lepas pantai, termasuk tetapi tidak terbatas pada penyelaman komersil, pengeboran sumur minyak, penambangan, penanganan bahan peledak, pekerjaan di situs konstruksi, pekerjaan pengganti dan fotografi udara,
 - (b) Trekking pada batas ketinggian yang lebih besar dari 5.000 meter di atas permukaan laut atau scuba diving ke kedalaman melebihi tiga puluh (30) meter di bawah permukaan laut;
 - (c) Bekerja sebagai anggota tim keamanan untuk seseorang atau suatu perusahaan;
 - (d) Bekerja di angkatan bersenjata negara atau negara bagian tertentu;
 - (e) Bekerja di kapal komersil apa pun.
 - 6.2. Pemegang Polis dan masing-masing Tertanggung setuju bahwa Perusahaan dapat, atau biaya Perusahaan, mengambil tindakan hukum atas nama Pemegang Polis atau Tertanggung untuk meminta kompensasi dari pihak ketiga untuk pembebasan tanggung jawab apa pun yang diberikan dalam manfaat perjalanan tambahan dan jumlah berapa pun yang berhasil diperoleh akan menjadi hak milik Perusahaan
 - 6.3. Pemegang Polis dan Tertanggung harus sama-sama bertanggung jawab atas biaya layanan Darurat yang digunakan oleh Tertanggung yang tidak dilindungi dalam manfaat perjalanan tambahan ini dan, jika biaya-biaya tersebut dibayar oleh Perusahaan, maka pihaknya harus membayar kembali jumlah tersebut selambat-lambatnya tiga puluh (30) hari sejak tanggal ditagihnya biaya-biaya tersebut.
 - 6.4. Perusahaan dan penyedia layanannya tidak bertanggung jawab atas kelalaian dalam menyediakan layanan atau penundaan yang disebabkan oleh aksi mogok kerja atau ketentuan-ketentuan di luar kendalinya, termasuk tetapi tidak terbatas kepada kondisi penerbangan atau hukum setempat atau badan-badan peraturan melarang Perusahaan dan penyedia layanannya yang memberikan layanan tersebut.
 7. **Manfaat Medis dan Darurat**
 - 7.1. Dalam manfaat perjalanan opsional atau tambahan ini, Perusahaan akan membayar manfaat untuk atau terkait dengan Ketidakmampuan kepada atau terhadap Tertanggung yang terjadi atau dimulai di luar Negara Tempat Tinggal Tertanggung, termasuk;
 - (a) Perawatan medis Darurat, rawat inap, bedah, layanan ambulans dan paramedis, uji diagnostik dan obat-obatan yang diresepkan oleh Dokter yang Merawat;
 - (b) Perawatan ketidakmampuan akut yang terjadi atau dimulai pada saat Tertanggung berada di luar Negara Tempat Tinggal (kecuali jika salah satu tujuan dari perjalanan ini adalah meminta perawatan medis) selama maksimal tiga puluh (30) hari atau hingga ketidakmampuan dapat dirawat dengan aman di Negara Tempat Tinggal, yang mana yang lebih sedikit;
 - (c) evakuasi medis yang diselenggarakan oleh perusahaan bantuan yang ditunjuk oleh Perusahaan jika fasilitas medis yang memadai tidak tersedia di tempat terdekat. Perusahaan bantuan akan mengatur evakuasi dengan sarana medis apa pun yang diperlukan ke fasilitas terdekat yang sesuai yang mampu memberikan perawatan medis yang memadai;
 - (d) satu tiket udara kelas ekonomi untuk mengembalikan Tertanggung ke Negara Tempat Tinggalnya setelah evakuasi medis jika tiket aslinya tidak lagi berlaku.
 - 7.2. Keadaan darurat dan manfaat medis tidak menjamin:
 - (a) Kondisi yang sudah ada sebelumnya, Kondisi Bawaan atau perawatan kehamilan;
 - (b) Bedah kosmetik, kacamatanya atau alat bantu dengar dan resep obat terkait, kecuali sejauh yang diperlukan untuk memperbaiki kondisi yang diakibatkan oleh kecelakaan eksternal yang terjadi selama perjalanan yang dilindungi oleh Polis ini;
 - (c) Penyakit psikiatrik, psikologis, mental atau syaraf dan kegilaan;
 - (d) Biaya untuk perawatan pribadi atau khusus;

- (f) treatment or services undertaken without the recommendation of a Physician; routine physical examinations or health check-ups not incidental to the treatment or diagnosis of a covered Disability.
- 7.3. The benefit in respect of hospital room and board is limited to US\$300 per day if the hospital expenses is on per diem basis, a daily reimbursement of all charges inclusive of room and board and professional services is limited to US\$1,000 if no detailed breakdown of charges is provided.
8. **Baggage and Travel Documents Benefit**
- 8.1. The Company will reimburse an Insured Person for loss or damage to his baggage, personal effects and belongings which occurs while he is traveling outside his Country of Residence provided that the Insured Person:-
- takes reasonable and proper care to ensure the safety of the property insured, including examination of luggage when received; and
 - in the event of any destruction, loss or damage of the property insured, a report is made within twenty four (24) hours of the destruction, loss or damage being ascertained to:-
 - the police in the case of theft, loss or willful damage by a third party; or
 - the Carrier when loss or damage has occurred in transit.
- 8.2. The maximum reimbursement by the Company for each item, pair or set of the baggage, personal effects and belongings is US\$250. Loss of laptop computer is limited to US\$750.
- 8.3. In lieu of reimbursement, the Company may at its discretion repair or procure the repair of the damage to the baggage, personal effects or belongings or provide a replacement of such property.
- 8.4. The Company shall reimburse the cost of obtaining a replacement passport and visa.
- 8.5. This baggage and travel documents benefit does not cover:-
- loss or damage in consequence of delay, confiscation, detention or examination by customs authorities or other officials;
 - loss of or damage to cash, bank notes, negotiable instruments, bonds or securities, credit cards and other instruments of payment or documents of any kind, passports, visas, air tickets and transportation, accommodation or any other travel vouchers or coupons;
 - loss of or damage to any pager, mobile phone (including accessories), portable telecommunication equipment, computer equipment, software and related accessories;
 - loss of or damage to fragile or brittle articles of every description, china glassware, porcelains, objects d'art, set and unset precious or semi precious gemstones, eyeglasses, contact lenses or food stuff;
 - wear and tear, moth, vermin or inherent vice, mechanical, electrical or electronic derangement, cleaning, repairing or restoring process, atmospheric or climatic changes, depreciation in value and such depreciation shall be applied wholly at the discretion of the Company;
 - business merchandise or samples, including the cost of reproducing data whether recorded on tapes, cards, discs or otherwise;
 - loss of or damage to any baggage or personal property that is left behind or unattended in a Public Conveyance or a Public Place;
 - loss of or damage to baggage mailed or shipped separately;
 - any property or personal belongings specifically insured elsewhere or recovered/repaid by a third party; or
 - loss of jewelry except by armed robbery or burglary from a hotel safety deposit box.
 - damage to luggage, excepting total loss.
9. **Baggage Delay Benefit**
The Company will pay up to the amount set out in the Benefits Schedule for an Insured Person for emergency purchases of essential items of clothing or toiletries as a result of the baggage of that Insured Person being delayed for at least twelve (12) hours from the time of his arrival at his destination due to a delay or misdirection in delivery of such baggage.
Provided always that:-
- the delay is certified by an official Baggage Irregularity Report from the airline or in writing by letter from the tour operator;
 - the delay is not a result of detention or confiscation by customs or other officials;
 - documentation (including original purchase bills) is produced by the Insured Person showing the details of the expenditure;
 - a claim cannot be made under this baggage delay benefit if the same loss is claimed under paragraph 8 for "Baggage and Travel Documents Benefit";
 - no cover is provided after the Insured Person returns to the Country of Residence or reaches his final destination.
- (e) Biaya-biaya yang ditanggung oleh program atau polis asuransi kesehatan atau asuransi kecelakaan atau polis atau program *indemnity* lain;
- (f) Perawatan atau layanan yang dilakukan tanpa rekomendasi seorang Dokter, pemeriksaan rutin fisik atau kesehatan yang tidak bersifat insidental terhadap perawatan atau diagnosa dari ketidakmampuan yang dijamin.
- 7.3. Manfaat terkait kamar rumah sakit dibatasi hingga US\$300 per hari jika biaya rumah sakit menggunakan dasar per hari, penggantian harian dari segala biaya termasuk kamar dan akomodasi dan jasa professional dibatasi sampai US\$1,000 jika tidak ada detail rinci dari biaya yang dapat diberikan.
8. **Manfaat Bagasi dan Dokumen Perjalanan**
- 8.1. Perusahaan akan memberi ganti rugi kepada Pihak Tertanggung untuk kerugian atau kerusakan terhadap bagasi dan barang pribadi yang terjadi pada saat bepergian di luar Negara Tempat Tinggal, dengan syarat bahwa Tertanggung:
- mengambil tindakan yang wajar dan sesuai untuk menjamin keselamatan barang yang diasuransikan, termasuk memeriksa bagasi pada saat diterima; dan
 - jika terjadi penghancuran, kehilangan atau kerusakan terhadap properti yang diasuransikan, maka laporan harus dibuat dalam waktu dua puluh empat (24) jam sejak penghancuran, kerugian atau kerusakan diberitahukan kepada:
 - Polisi dalam hal pencurian, kehilangan atau kerusakan yang disengaja oleh pihak ketiga; atau
 - Perusahaan Pengangkut jika kerusakan atau kehilangan terjadi pada saat transit.
- 8.2. Ganti rugi maksimum yang diberikan oleh Perusahaan untuk setiap item, sepasang atau set bagasi, barang-barang pribadi dan barang bawaan adalah US\$250. Ganti rugi maksimum untuk komputer laptop dibatasi hingga US\$750.
- 8.3. Dalam hal penggantian rugi, Perusahaan dapat secara sepihak memperbaiki atau mengatur perbaikan bagasi, barang pribadi atau barang milik Tertanggung atau mendapatkan penggantian properti tersebut.
- 8.4. Perusahaan akan mengganti rugi biaya penggantian paspor dan visa pengganti.
- 8.5. Manfaat bagasi dan dokumen perjalanan ini tidak mencakup:
- kehilangan atau kerusakan akibat penundaan, penyitaan, penahanan atau pemeriksaan oleh pihak bea cukai atau pejabat-pejabat lainnya;
 - kehilangan atau kerusakan uang tunai, nota bank, instrumen yang dapat dinegosiasikan, surat utang atau sekuritas, kartu kredit dan instrumen pembayaran lainnya atau dokumen dalam segala bentuk, paspor, visa, tiket pesawat dan transportasi, akomodasi atau voucher atau kupon perjalanan lainnya;
 - Kehilangan atau kerusakan terhadap pager, telepon genggam (termasuk aksesori), perlengkapan telekomunikasi portabel, perlengkapan komputer, perangkat lunak dan aksesori-aksesori terkait;
 - Kehilangan atau kerusakan barang-barang yang mudah pecah atau rusak termasuk guci, barang pecah belah, porselen, barang seni, batu mulia seni berharga yang sudah diset atau belum, kacamata, lensa kontak atau makanan;
 - Kausan, gigitan ngengat/kutu, binatang pengerat atau cacat bawaan, kerusakan mekanis, listrik atau elektronik, pembersihan, memperbaiki /memproses pemulihan, perubahan atmosfer atau iklim, depresiasi nilai (sepenuhnya pada kebijakan perusahaan) dan penyusutan tersebut harus diterapkan sepenuhnya pada kebijakan Perusahaan;
 - Barang dagangan atau sampelnya, termasuk biaya reproduksi data, baik yang direkam pada kaset, kartu, disk dan sebaliknya;
 - Kehilangan atau kerusakan terhadap bagasi atau barang milik yang ditinggalkan atau tidak dijaga di dalam sarana transportasi umum atau tempat umum;
 - Kehilangan atau kerusakan terhadap bagasi yang dikirim atau diposkan secara terpisah;
 - Properti atau barang milik pribadi yang diasuransikan di tempat lain atau dikembalikan/diperbaiki oleh pihak ketiga; atau
 - Kehilangan perhiasan, kecuali karena perampokan atau pencurian dari brankas hotel.
 - Kerusakan terhadap bagasi, kecuali kehilangan total.
9. **Manfaat Keterlambatan Bagasi**
Perusahaan akan membayar uang sebesar yang ditetapkan dalam Daftar Manfaat untuk pembelian darurat pakaian atau kebutuhan pribadi Tertanggung akibat keterlambatan bagasi Tertanggung selama setidaknya dua belas (12) jam sejak tanggal kedatangan di tempat tujuan akibat penundaan atau kesalahan pengiriman saat mengirimkan bagasi tersebut,
Dengan syarat bahwa:
- Penundaan tersebut disertifikasi melalui Laporan Ketidakteraturan Bagasi resmi dari perusahaan penerbangan atau secara tertulis dengan Surat dari operator tur;
 - Keterlambatan tersebut tidak disebabkan oleh penahanan atau penyitaan oleh pihak bea cukai atau badan resmi lainnya;
 - Dokumentasi (termasuk bon pembelian asli) dibuat oleh Tertanggung yang berisi rincian pengeluaran;
 - Klaim tidak dapat dibuat dalam manfaat keterlambatan bagasi ini jika kehilangan yang sama juga diklaim dalam paragraf 8 "Manfaat Bagasi dan Dokumen Perjalanan";

- (e) Tidak ada perlindungan yang disediakan setelah Tertanggung kembali ke Negara Tempat Tinggal atau mencapai tujuan akhirnya.

10. Personal Money Benefit

The Company will indemnify an Insured Person against loss of personal money in the form of bank notes, cash or travelers checks arising from theft, burglary or robbery provided always that:-

- any such loss is reported to the local police where the loss occurs and relevant branch of the travelers checks issuing authority within twenty four (24) hours of the loss;
- the Company shall not be liable for loss or shortages due to error, omission, currency exchange, confiscation or devaluation;
- personal money is carried on one's person and is not placed in luggage, suitcase, trunk and the like or otherwise left without personal immediate attendance thereon;
- the benefit is not applied to children below 18 years of age.

11. Hospital Cash Income

The Company will pay US\$50 per day up to the amount set out in the Benefits Schedule for confinement abroad for at least twenty-four (24) hours as a result of a Covered Disability. Such confinement shall be as an inpatient in a Hospital under treatment by a Physician. One day of confinement shall mean a period for which a Hospital makes a daily charge for room and board.

12. Travel Delay Benefit

In the event an Insured Person's flight or other scheduled mode of transportation is delayed during a trip covered by this Policy due to serious weather conditions, natural disasters (earthquake, flood, hurricane, tornado, tsunami, etc.), industrial action, hijack, technical or other mechanical failure of aircraft or conveyances and the cancellation or postponement thereof due to such fault is entirely beyond the control of the Insured Person, the Company will pay:-

- up to the amount set out in the Benefits Schedule in respect of public transportation expenses necessarily incurred as a direct consequence of travel delay, but only if the Insured Person has to re-route his trip due to cancellation of a prior confirmed booking; or
 - US\$25 for each full 6 hours delay up to a maximum of US\$100.
- A claim can only be made either under (a) or (b).

13. Curtailment of Trip or Cancellation Charges Benefit

The company will indemnify an Insured Person against loss of non-refundable prepaid travel arrangement deposits of every description any increased cost of travel in respect of the least expensive alternative mode of transport or accommodation up to the amount set out in the Benefits Schedule in respect of the following: -

- death, serious Injury or Illness, befalling the Insured Person;
- death, serious Injury or Illness, afflicting an Insured Person's Immediate Family Members, Close Business Partner, or a travel companion who is also insured under the same policy of the Insured Person;
- witness summons, jury service or compulsory quarantine of the Insured Person;
- natural disasters (earthquake, flood, hurricane, tornado, tsunami, etc.) at the planned destination;
- complete destruction of an Insured Person's principal residence in the Country of Residence.

Provided that: -

- the Insured Person has to abandon the planned trip or short cut the trip by returning to the Country of Residence;
- the reimbursement shall be on a pro-rata basis for the unused portion of any prepaid travel and accommodation charges involved in such curtailed trip;
- no benefit shall payable in respect of expenses arising directly or indirectly out of pregnancy, childbirth, or gynecological disease or their sequelae;
- any such cause arises from medical or physical condition or other circumstances affecting the Insured Person, or Immediate Family Members or Travel Companion or Close Business Partner of the Insured Person within 14 days prior to the scheduled departure date;
- sudden occurrence of natural disasters at the planned destination after commencement of travel covered by this Policy which prevents the Insured Person from continuing his scheduled trip;
- complete destruction of the Insured Person's principal residence in the Country of Residence from fire, flood, earthquake or similar natural disaster occurs after commencement of travel which requires the Insured Person's presence on the premises during the scheduled trip.

14. Optional Rental Car Protection Benefit

Cover for rental car protection is only available to the Insured Person who has previously applied for Rental Car Protection in the Application and has paid the additional premium applicable to the relevant Period of Insurance.

The Company will pay up to a maximum amount of not more than US\$10,000 for damage occurs to a rental car for which the Insured Person is responsible under the

10. Manfaat Uang Pribadi

Perusahaan akan mengganti rugi kehilangan uang pribadi kepada Tertanggung dalam bentuk nota bank, uang tunai atau cek perjalanan yang diakibatkan oleh pencurian atau perampokan dengan syarat bahwa:

- Kehilangan tersebut dilaporkan kepada kepolisian setempat di mana kehilangan terjadi dan cabang badan penerbit cek perjalanan terkait dalam waktu dua puluh empat (24) jam sejak terjadinya kehilangan;
- Perusahaan tidak bertanggung jawab atas kehilangan atau kekurangan akibat kesalahan, kelalaian, pertukaran mata uang, penyitaan atau devaluasi;
- Uang pribadi yang dibawa oleh diri seseorang dan tidak ditaruh di dalam bagasi, koper, tas perjalanan dan wadah serupa atau yang ditinggal tanpa penjagaan langsung;
- Manfaat tidak berlaku untuk anak-anak berusia di bawah 18 tahun.

11. Manfaat Tunjangan Tunai Rumah Sakit

Perusahaan akan membayar US\$50 per hari sampai dengan jumlah yang ditetapkan dalam Daftar Manfaat untuk perawatan di luar negeri untuk setidaknya dua puluh empat (24) jam sebagai akibat dari ketidakmampuan yang dijamin. Perawatan tersebut harus sebagai pasien rawat inap di Rumah Sakit di bawah perawatan oleh seorang Dokter. Satu hari perawatan berarti satu periode dimana Rumah Sakit menbebaskan biaya harian untuk kamar dan akomodasi.

12. Manfaat Penundaan Perjalanan

Jika penerbangan Tertanggung atau moda transportasi terjadwal lainnya ditunda pada saat perjalanan dilindungi oleh Polis ini akibat kondisi cuaca yang buruk, bencana alam (gempa bumi, banjir, badai, angin topan, tsunami, dll.), tindak industrial, pembajakan, kerusakan teknis atau mekanis lainnya pada pesawat terbang atau sarana transportasi dan pembatalan atau penundannya karena kesalahan tersebut berada di luar kendali Tertanggung, Perusahaan akan membayar:

- jumlah maksimum yang ditetapkan dalam Daftar Manfaat untuk pengeluaran transportasi umum yang harus dibayar sebagai akibat langsung dari penundaan perjalanan, tetapi hanya jika Tertanggung harus memutar akibat pembatalan reservasi yang sudah dikonfirmasi sebelumnya.
 - US\$25 untuk setiap penundaan selama 6 jam hingga maksimal US\$100.
- Klaim hanya akan dibuat dalam paragraf (a) atau (b).

13. Manfaat Biaya Pembatalan atau Pemotongan Perjalanan

Perusahaan akan mengganti rugi kehilangan deposit pengaturan perjalanan prabayar yang tidak dapat dikembalikan, peningkatan biaya perjalanan terkait moda transportasi alternatif yang paling murah atau akomodasi hingga ke jumlah yang ditetapkan dalam Daftar Manfaat terkait hal-hal berikut:

- Kematian, Cidera atau Penyakit berat yang menimpa Tertanggung;
- Kematian, Cidera atau Penyakit berat yang menimpa Anggota Keluarga Dekat Tertanggung, Rekan Usaha atau Rekan Seperjalanannya yang juga diasuransikan dalam polis yang sama;
- Pemanggilan saksi, layanan juri atau karantina wajib terhadap Tertanggung;
- Bencana alam (gempa bumi, banjir, badai, tornado, tsunami, dll.) di tempat tujuan yang direncanakan;
- Kehancuran total terhadap tempat tinggal utama Tertanggung di Negara Tempat Tinggalnya.

Dengan syarat bahwa: -

- Tertanggung harus menelantarkan perjalanan yang direncanakan atau memperpendek perjalanan dengan cara pulang ke Negara Tempat Tinggal;
- Ganti rugi harus diberikan secara pro-rata untuk bagian yang tidak digunakan dari biaya perjalanan dan akomodasi prabayar dalam perjalanan yang dipersingkat tersebut;
- Tidak ada manfaat yang harus dibayar terkait dengan pengeluaran yang secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh kehamilan, kelahiran, penyakit kelamin atau turunannya;
- Penyebab apa pun yang muncul dari kondisi medis atau fisik atau situasi lainnya yang mempengaruhi Tertanggung atau Anggota Keluarga Dekat atau Rekan Seperjalanannya atau Rekan Usaha Tertanggung dalam waktu 14 hari sebelum tanggal keberangkatan yang dijadwalkan;
- Bencana alam yang terjadi secara tiba-tiba di tempat tujuan yang direncanakan setelah dimulainya perjalanan yang dijamin dalam Polis ini, yang membuat Tertanggung tidak dapat melanjutkan perjalanan yang dijadwalkan;
- Kehancuran tempat tinggal utama Tertanggung di Negara Tempat Tinggal akibat dari bahaya kebakaran, banjir, gempa bumi atau bencana kebakaran serupa setelah dimulainya perjalanan, di mana Tertanggung harus hadir di tempat selama berlangsungnya perjalanan yang dijadwalkan.

14. Pilihan Perlindungan Mobil Sewaan

Perlindungan untuk mobil sewaan hanya tersedia bagi Tertanggung yang sudah mengajukan aplikasi Perlindungan Mobil Sewaan dan membayar premi tambahan yang berlaku untuk Periode Asuransi terkait

Perusahaan akan membayar ganti rugi sebesar maksimal US\$10.000 untuk kerusakan yang terjadi pada mobil sewaan yang menjadi tanggung jawab Tertanggung dalam

relevant car rental agreement. Loss or damage to the rental car must result directly from fire, theft, collision or vandalism and the car must be rented from a recognized, licensed auto or car rental company. In addition, the company will pay the cost of repairs for direct loss due to damage caused to a rental car as a result of an Accident. In the event of a claim, the Insured Person must submit a copy of the police report, an itemized statement of repairs made and other documented evidence. He must cooperate with the Company to investigate the Accident and settle any claims against himself. If he fails to cooperate, or fails to send any of the requested documentation, the Company reserves the right to refuse any protection for the Accident.

This optional "Rental Car Protection" benefit does not cover: -

- (a) Driving while intoxicated or under the influence of drugs or narcotics.
- (b) Intentional loss or damage.
- (c) Any obligation the Insured Person assumes under any agreement.
- (d) Use of the car rental in violation of the car rental agreement.
- (e) Rentals of motorcycles, mopeds, motorbikes, trailers or caravans, motor homes, trucks, commercial vehicles, recreational vehicles, off-road vehicles, vans and vehicles with more than 8 seats.
- (f) Any liability, personal injury or property damage whether or not the Insured Person is responsible for such liability, injury or damage under the car rental agreement.

Deductible: The Insured Person will be responsible for the first US\$500 of eligible expenses.

perjanjian sewa mobil terkait. Kehilangan atau kerusakan terhadap mobil sewaan harus disebabkan langsung oleh kebakaran, pencurian, tabrakan atau vandalisme dan mobil harus disewa dari perusahaan sewa mobil berlisensi yang sudah diakui. Selain itu, Perusahaan juga akan membayar biaya perbaikan untuk kerusakan akibat Kecelakaan. Untuk mengajukan klaim, Tertanggung harus menyerahkan salinan laporan polisi, surat pernyataan yang berisi daftar perbaikan yang dilakukan dan bukti-bukti tertulis lainnya. Ia juga harus bekerja sama dengan perusahaan dalam menyelidiki Kecelakaan dan menyelesaikan klaim apa pun terhadap dirinya. Jika ia lalai bekerjasama atau mengirim dokumen yang diminta, Perusahaan berhak menolak pembayaran perlindungan untuk Kecelakaan tersebut.

Manfaat "Perlindungan Mobil Sewaan" opsional ini tidak melindungi kegiatan atau kejadian berikut:

- (a) mengemudi pada saat mabuk atau berada di bawah pengaruh obat-obatan atau narkotika;
- (b) kehilangan atau kerusakan yang disengaja;
- (c) Kewajiban Tertanggung dalam perjanjian apa pun;
- (d) Penggunaan mobil sewaan yang tidak sesuai dengan perjanjian sewa mobil;
- (e) Truk sewaan dengan kapasitas muatan produsen melebihi 2000 pon, truk camper, trailer, kendaraan off-road, sepeda motor, kendaraan SUV (Sport Utility Vehicle) atau kendaraan wisata.
- (f) Tanggung jawab, Cedera atau kerusakan properti, baik yang menjadi tanggung jawab Tertanggung atau tidak dalam perjanjian sewa mobil.

Deductible: Tertanggung harus menanggung biaya layak sebesar US\$500 terlebih dahulu.