

## Consumer Insurance Contract

This Policy is issued in consideration of the payment of premium as specified in the **Policy Schedule** and pursuant to the answers given in the **Policyholder's** Proposal Form (or when the **Policyholder** applied for this insurance) and any other disclosures made by the **Policyholder** between the time of submission of the **Policyholder's** Proposal Form (or when the **Policyholder** applied for this insurance) and the time this contract is entered into. The answers and any other disclosures given by the **Policyholder** shall form part of this contract of insurance between the **Policyholder** and **Us**. However, in the event of any pre-contractual misrepresentation made in relation to the **Policyholder's** answers or in any disclosures given by the **Policyholder**, only the remedies in Schedule 9 of the Financial Services Act 2013 will apply.

This Policy reflects the terms and conditions of the contract of insurance as agreed between the **Policyholder** and **Us**.

## Non-Consumer Insurance Contract

This Policy is issued in consideration of the payment of premium as specified in the **Policy Schedule** and pursuant to the answers given in the **Policyholder's** Proposal Form (or when the **Policyholder** applied for this insurance) and any other disclosures made by the **Policyholder** between the time of submission of the **Policyholder's** Proposal Form (or when the **Policyholder** applied for this insurance) and the time this contract is entered into. The answers and any other disclosures given by the **Policyholder** shall form part of this contract of insurance between the **Policyholder** and **Us**. In the event of any pre-contractual misrepresentation made in relation to the **Policyholder's** answers or in any disclosures made by the **Policyholder**, it may result in avoidance of the **Policyholder's** contract of insurance, refusal or reduction of **Policyholder's** claim(s), change of terms or termination of the **Policyholder's** contract of insurance.

This Policy reflects the terms and conditions of the contract of insurance as agreed between the **Policyholder** and **Us**.

## DEFINITIONS

Certain words have been defined below. These have the same meaning wherever they are used in the Policy. They are **bold** and begin with a capital letter (e.g. **Insured Person, You, Your**).

**ACCIDENT** or **ACCIDENTAL** shall mean a sudden, unforeseen and fortuitous event that happens unexpectedly during the **Period of Insurance**.

**ACCIDENTAL DENTAL TREATMENT** shall mean dental procedure necessary as a result of **Accident**.

**ACT OF TERRORISM** shall mean an act, including the use of force or violence, of any person or group of persons, whether acting alone or on behalf of or in connection with any organisation, committed for political, religious or ideological purposes including the intention to influence any government and/or to put the civilian population in fear for such purposes.

**ANY ONE DISABILITY** shall mean the whole period of **Disability** arising from the same cause including any and all complications therefrom except that if **You** completely recover and remain free from further treatment (including drugs, medicines, special diet or injection or advice for the condition) of the **Disability** for at least ninety (90) days following the latest date of discharge and subsequent **Disability** from the same cause shall be considered as though it were a new **Disability**.

**AS CHARGED** refers to actual charges incurred for reasonable, necessary and customary medical care provided in the treatment of a covered **Disability**.

**CONGENITAL CONDITIONS** shall mean any medical or physical abnormalities existing at the time of birth, as well as neo-natal physical abnormalities developing within six (6) months from the time of birth. They will include hernias of all types and epilepsy except when caused by trauma, which occurred after the date **You** were continuously covered under this Policy.

**DAY** shall mean the definition of a charging Day adopted by the **Hospital** concerned.

**DAY SURGERY** shall mean a patient who needs the use of a recovery facility for a surgical procedure on a pre-plan basis at the **Hospital / Specialist Clinic** (but not for overnight stay).

**DENTIST** shall mean a registered dental practitioner qualified and licensed to practice dentistry and who, in rendering such treatment, is practicing within the scope of his licensing and training in the geographical area in which a service is provided, but excluding a **Dentist** who is the **Insured Person** himself or his immediate family i.e. siblings, spouse, child or parent.

**DISABILITY** shall mean a **Sickness, Disease, Illness** or the entire **Injuries** arising out of a single or continuous series of causes.

**DOCTOR or PHYSICIAN or SURGEON** shall mean a registered medical practitioner qualified and licensed to practice Western medicine and who, in rendering such treatment, is practicing within the scope of his licensing and training in the geographical area of practice, but excluding a Doctor, Physician or Surgeon who is the **Insured Person** himself or his immediate family i.e. siblings, spouse, child or parent.

**ELIGIBLE EXPENSES** shall mean **Medically Necessary** expenses incurred due to a covered **Disability** but not exceeding the limits in the Schedule of Benefits.

**EMERGENCY** shall mean treatment needed in the event whereby immediate medical attention is required within the twelve (12) hours of **Injury, Illness** or symptoms which are sudden and severe failing where **Your** life could be threatened or lead to significant deterioration of health.

**FAMILY MEMBERS** shall mean **Your** legal spouse(s), parents and child(ren).

**HOSPITAL** shall mean only an establishment duly constituted and registered as a **Hospital** for the care and treatment of sick and injured person as paying bed-patients, and which:

- (a) has facilities for diagnosis and major **Surgery**,
- (b) provides twenty-four (24) hours a day nursing service by registered and graduate nurse,
- (c) is under supervision of a **Physician**, and
- (d) is not primarily a clinic; a place for alcoholics or drug addicts; a nursing, rest or convalescent home or a home for the aged or similar establishment.

**HOSPITALISATION** shall mean admission to a **Hospital** as a registered in-patient for **Medically Necessary** treatments for a covered **Disability** upon recommendation of a **Physician**. A patient shall not be considered as an in-patient if the patient does not physically stay in the **Hospital** for the whole period of confinement.

**INJURY** shall mean bodily Injury caused solely by an **Accident**.

**POLICYHOLDER** shall mean a person or a corporate entity or an association/affinity to which the Policy has been issued in respect of cover for persons specifically identified as the **Insured Person** in this Policy and can exercise all rights, privileges and options available under this Policy.

**INSURED PERSON / YOU / YOUR** shall mean the person(s) covered described in the **Policy Schedule**.

**INTENSIVE CARE UNIT** shall mean a section within a **Hospital** which is designated as an Intensive Care Unit by the **Hospital**, and which is maintained on a twenty-four (24) hours basis solely for treatment of patients in critical condition and is equipped to provide special nursing and medical services not available elsewhere in the **Hospital**.

**LOSS OF HEARING** shall mean permanent irrecoverable loss of hearing.

**LOSS OF LIMB** shall mean loss by physical separation at or above the wrist or ankle joint.

**LOSS OF SIGHT** shall mean the entire and permanent irrecoverable loss of sight.

**LOSS OF SPEECH** shall mean total permanent inability to communicate verbally.

**LOSS OF USE** shall mean permanent total functional disablement and is treated like total loss of said limb or organ and not in terms of **Your** professional or occupational incapacity or covered event.

**MALAYSIAN GOVERNMENT HOSPITAL** shall mean a **Hospital** which charges of services are subject to the Fee Act 1951 Fees (Medical) Order 1982 and/or its subsequent amendments if any.

**MEDICALLY NECESSARY** shall mean a medical service which is:

- (a) consistent with the diagnosis and customary medical treatment for a covered **Disability**, and
- (b) in accordance with standards of good medical practice, consistent with current standard of professional medical care, and of proven medical benefits, and
- (c) not for **Your** convenience or the **Physician**, and unable to be reasonably rendered out of **Hospital** (if admitted as an inpatient), and
- (d) not of an experimental, investigational or research nature, preventive or screening nature,
- (e) for which the charges are fair and reasonable and customary for the **Disability**.

**NO CLAIM BONUS** shall mean upon renewal of this Policy (provided such renewal is continuous, the Policy has not been lapse in any one (1) given year, and no claim has been made during the preceding year of cover), the No Claim Bonus of ten percent (10%) shall be applicable. The No Claim Bonus is not cumulative and in the event of a claim being made by any one of **You**, the No Claim Bonus will be forfeited totally.

**OUTPATIENT** shall mean **You** are receiving medical care or treatment without being hospitalised and includes treatment in a daycare centre.

**OVERALL ANNUAL LIMIT** shall mean benefits payable in respect of expenses incurred for treatment provided to **You** during the **Period of Insurance** shall be limited to Overall Annual Limit as stated in the Schedule of Benefits irrespective of type / types of **Disability**. In the event the Overall Annual Limit having been paid in full, all insurance for **You** hereunder shall immediately cease to be payable for the remaining **Policy Year**.

**OVERSEAS** shall mean any destination outside of Malaysia.

**PERIOD OF INSURANCE** shall mean the duration of the Policy as stated in the **Policy Schedule**.

**PERMANENT TOTAL DISABLEMENT** shall mean disablement that result solely, directly and independently of all other causes from bodily **Injury** and which occurs within three hundred sixty-five (365) consecutive days will in all probability entirely prevent **You** from engaging in employment of any and every kind for the remainder of **Your** life and from which there is no hope of improvement.

**POLICY SCHEDULE** shall refer to the document issued by **Us** that is issued to verify the existence of Insurance coverage granted to **You**.

**POLICY YEAR** shall mean the one (1) year period including the effective date of commencement of Insurance and immediately following that date, or the one (1) year period following the **Renewal or Renewed Policy**.

**PRE-EXISTING CONDITION** shall be limited to **Disabilities** which existed before the effective date of cover and for which **You** should have reasonably been aware of. **You** may be considered to have reasonable knowledge of a Pre-Existing Condition where the condition is one for

which:

- (a) **You** have received or are receiving treatment;
- (b) medical advice, diagnosis, care or treatment has been recommended;
- (c) clear and distinct symptoms are or were evident; or
- (d) its existence would have been apparent to a reasonable person in the circumstances.

**PRESCRIBED MEDICINES** shall mean medicines that are dispensed by a **Physician**, registered pharmacist or a **Hospital** and which have been prescribed by a **Physician / Specialist** in respect of treatment for a covered **Disability**.

**REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGES** shall mean charges for medical care which is **Medically Necessary** shall be considered reasonable and customary to the extent that it does not exceed the general level of charges being made by others of similar standing in the locality where the charge is incurred, when furnishing like or comparable treatment, services or supplies to individual of the same gender and of comparable age for a similar **Sickness, Disease or Illness** and in accordance with accepted medical standards and practice could not have been omitted without adversely affecting **Your** medical condition.

**RENEWAL OR RENEWED POLICY** shall mean a Policy which has been renewed without any lapse of time upon expiry of a preceding Policy with the same content.

**RM** shall mean in Ringgit Malaysia, the currency of Malaysia.

**SERIOUS INJURY OR SERIOUS ILLNESS** shall mean a critical or dangerous **Disability** which in the opinion of a **Physician** or **Service Provider**, requires urgent remedial treatment to avoid death or serious impairment to immediate or long-term health conditions.

**SERVICE PROVIDER** shall mean the twenty-four (24) hours worldwide emergency assistance.

**SICKNESS, DISEASE OR ILLNESS** shall mean a physical condition marked by a pathological deviation from the normal healthy state.

**SPECIALIST** shall mean a medical or dental practitioner registered and licensed as such in the geographical area of his practice where treatment takes place and who is classified by the appropriate health authorities as a person with superior and special expertise in specified fields of medicine or dentistry, but excluding a **Physician** or **Surgeon** or **Dentist** who is the **Insured Person** himself or his immediate family i.e. siblings, spouse, child or parent.

**SPECIFIED ILLNESSES** shall mean the following disabilities and its related complications, occurring within the first one hundred and twenty (120) days of continuous cover:

- (a) Hypertension, Diabetes Mellitus and Cardiovascular Disease.
- (b) All tumours of any kind, cancers, cysts, nodules, polyps, stones of the urinary system and biliary system.
- (c) All ear, nose (including sinuses) and throat conditions.
- (d) Hernias, haemorrhoids, fistulae, hydrocele, varicocele.
- (e) Endometriosis including Disease of the Reproduction system.
- (f) Vertebro-spinal disorders (including discs) and knee conditions.

**SURGERY** shall mean any of the following medical procedures:

- (a) To incise, excise or electrocauterize any organ or body part, except for dental services.
- (b) To repair, revise or reconstruct any organ or body part.
- (c) To reduce by manipulation a fracture or dislocation.
- (d) Use of endoscopy to remove a stone or object from the larynx, bronchus, trachea, oesophagus, stomach, intestine, urinary bladder or urethra.

**TAX** shall mean any present or future, direct or indirect, Tax, levy or duty, including consumption Tax or any Tax of similar nature, which is imposed on goods and services by government or Tax authority.

**WAITING PERIOD** shall mean the first thirty (30) days between the beginning of **Your Disability** and the commencement of this Policy date / reinstatement date and is applied only when the person is first covered. This shall not be applicable after the first year of cover. However, if there is a break in insurance, the Waiting Period will apply again.

**WAR** shall mean a contest by force between two (2) or more nations, carried on for any purpose, or armed conflict of sovereign powers, or declared or undeclared and open hostilities or the state of nations among whom there is an interruption of peaceful relations and a general contention by force, both authorised and unauthorised, by the sovereign.

**WE / OUR / US** shall mean Zurich General Insurance Malaysia Berhad, who is the insurer / issuer of the Policy.

## DESCRIPTION OF BENEFITS

### SCHEDULE OF BENEFITS

Benefits	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5
Overall Annual Limit (RM) (for Section A & Section B)	100,000	300,000	500,000	1,000,000	2,000,000
No Claim Bonus	Reduction of 10% on renewal premium (if no claims made)				
Section A – Inpatient & Daycare Benefits					
Hospital Room & Board (RM)	100	150	180	200	500

	(maximum 365 days per annum)				
Intensive Care Unit	As Charged				
	(maximum 180 days per annum)				
Hospital Supplies & Services	As Charged				
Daycare Procedures	As Charged				
Surgical Fees	As Charged				
Anaesthetist's Fee	As Charged				
Operating Theatre Fee	As Charged				
In-Hospital Physician Visit	As Charged				
	(unlimited)				
Ambulance Fees	As Charged				
Daily-Cash Allowance At Government Hospital (RM)	100				
	(maximum 365 days per annum)				
Insured Child's Daily Guardian Benefit (RM)	250				
	(maximum per disability)				
Medical Report Fees (RM)	150				
Organ Transplant (Heart, Kidney, Lung, Liver or Bone Marrow)	As Charged				
Tax on Eligible Expenses	As Charged				
Section B – Outpatient Benefits					
Pre-Hospital Diagnostic Tests	As Charged				
	(within 60 days prior to hospitalisation)				
Pre-Hospital Specialist Consultation	As Charged				
	(within 60 days prior to hospitalisation)				
Post Hospitalisation Treatment	As Charged				
	(within 90 days from hospitalisation)				
Emergency Accidental Outpatient Treatment	As Charged				
	(within 24 hours and follow-up treatment to a maximum of 60 days)				
Outpatient Physiotherapy Treatment	As Charged				
	(within 90 days from discharge)				
Outpatient Kidney Dialysis Treatment	As Charged				
Outpatient Cancer Treatment	As Charged				
Emergency Accidental Outpatient Dental Treatment (RM)	4,000 (per accident)				
Home Nursing Care (RM)	4,000				
	(up to 180 days, lifetime maximum)				
Second Surgical Opinion	As Charged				
Section C - Special Benefits (Additional limit on top of the Overall Annual Limit)					
Accidental Death and Permanent Disablement (RM)	50,000				
International Emergency Medical Evacuation and Repatriation (RM)	50,000				
	(maximum per annum)				
Funeral Expenses (all causes) (RM)	2,000				
Section D – Optional					
Deductible (per Any One Disability) (applicable for Section A only)	Options	A	B	C	D
	Deductible Amount	RM 0	RM 5,000	RM 10,000	RM 20,000
	Premium Discount	0%	15%	30%	50%

#### SECTION A – INPATIENT & DAYCARE BENEFITS (subject to Overall Annual Limit)

##### a) HOSPITAL ROOM AND BOARD

We shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges Medically Necessary** for room accommodation and meals. The amount of the benefit shall be equal to the actual charges made by the **Hospital** during **Your** confinement, but in no event shall the benefit exceed, for any one **Day**, the rate of Room and Board Benefit, and the maximum number of **Days** as set forth in the Schedule of Benefits. **You** will only be entitled to this benefit while confined to a **Hospital** as an inpatient.

**b) INTENSIVE CARE UNIT**

We shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** for actual room and board incurred during confinement as an inpatient in the **Intensive Care Unit** of the **Hospital**. This benefit shall be payable equal to the actual charges made by the **Hospital** subject to the maximum benefit for any one **Day**, and maximum number of **Days**, as set forth in the Schedule of Benefits. Where the period of confinement in an **Intensive Care Unit** exceeds the maximum set forth in the Schedule of Benefits, reimbursement will be restricted to the standard daily **Hospital** Room and Board rate. No **Hospital** Room and Board Benefits shall be paid for the same confinement period where the daily **Intensive Care Unit** Benefits is payable.

**c) HOSPITAL SUPPLIES & SERVICES**

We shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** actually incurred for general nursing, prescribed and consumed drugs and medicines, dressings, splints, plaster casts, x-ray, laboratory examinations, electrocardiograms, physiotherapy, basal metabolism tests, intravenous injections and solutions, administration of blood and blood plasma, including the cost of blood and plasma whilst **You** are confined as an inpatient in a **Hospital**, up to the amount stated in the Schedule of Benefits.

**d) DAYCARE PROCEDURES**

We shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** for medical and professional charges incurred in respect of a **Day Surgery** (Surgical and Medical) performed in an **Outpatient** setting (without **Hospital** admission) up to maximum limit per **Disability** stated in the Schedule of Benefits. This shall include follow-up treatment by the same Attending **Physician / Specialist / Surgeon** within the maximum amount as stated in the Schedule of Benefits. Any Daycare Procedure done for investigative and diagnostic purposes not related to Treatment for any specific **Disabilities** is not covered.

**e) SURGICAL FEES**

We shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** for a **Surgery** by the **Specialist/Surgeon**, including pre-surgical assessment, **Specialist's/Surgeon's** visits to **You** and post-surgery care from the date of **Surgery**, subject to the maximum amount of benefits indicated in the Schedule of Benefits. If more than one **Surgery** is performed for **Any One Disability**, the total payments for all the surgeries performed shall not exceed the maximum amount of benefit stated in the Schedule of Benefits.

**f) ANAESTHETIST'S FEE**

We shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** by the Anaesthetist for the administration of anaesthesia not exceeding the limits as set forth in the Schedule of Benefits.

**g) OPERATING THEATRE FEE**

We shall reimburse the **Reasonable and Customary** Operating Room charges incidental to the surgical procedure not exceeding the limits as set forth in the Schedule of Benefits.

**h) IN-HOSPITAL PHYSICIAN VISIT**

We shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** by a **Physician** for **Medically Necessary** visiting an in-paying patient while confined for a non-surgical **Disability** not exceeding the maximum amount as set forth in the Schedule of Benefits.

**i) AMBULANCE FEES**

We shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** incurred for necessary domestic road ambulance services (inclusive of attendant) to and/or from the **Hospital** of confinement. Payment will not be made if **You** are not hospitalised and subject to the limits set forth in the Schedule of Benefits.

**j) DAILY-CASH ALLOWANCE AT GOVERNMENT HOSPITAL**

We shall pay daily cash allowance for each **Day** of confinement for a covered **Disability** in a **Malaysian Government Hospital**, provided that **You** shall be confined in a Room and Board at a rate that does not exceed the amount and number of **Days** shown in the Schedule of Benefits.

**k) INSURED CHILD'S DAILY GUARDIAN BENEFIT**

We shall reimburse the expenses for meals and lodging incurred to accompany **Your Child** (aged below fifteen (15) years) in the **Hospital** but shall not exceed the limits set forth in the Schedule of Benefits.

**l) MEDICAL REPORT FEES**

We shall reimburse the actual fee charged for completion of a medical report by the attending **Physician / Surgeon** in respect of each **Disability** but not to exceed the amount as stated in the Schedule of Benefits.

**m) ORGAN TRANSPLANT**

We shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** incurred on transplantation **Surgery** for **You** being the recipient of the transplant of a heart, kidney, lung, liver or bone marrow. Payment for this benefit shall be subject to the limit as set forth in the Schedule of Benefits. The costs of acquisition of the organs and all costs incurred by the donors are not covered.

**n) TAX ON ELIGIBLE EXPENSES**

We shall reimburse the amount of the **Tax On Eligible Expenses** levied by the clinics or **Hospitals** on taxable supplies and services provided to **You** that are payable under this policy subject to the limits set forth in the Schedule of Benefits.

**SECTION B – OUTPATIENT BENEFITS** (subject to **Overall Annual Limit**)

**a) PRE-HOSPITAL DIAGNOSTIC TESTS**

We shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** for ECG, X-ray and laboratory tests which are performed for diagnostic purposes on account of an **Injury** or **Illness** when in connection with a **Disability** preceding **Hospitalisation** within the maximum number of **Days** and amount as set forth in the Schedule of Benefits in a **Hospital** and which are recommended by a **Physician / Specialist**. No payment shall be made if upon such diagnostic services, **You** do not result in **Hospital** confinement for the treatment of the medical condition diagnosed.

**b) PRE-HOSPITAL SPECIALIST CONSULTATION**

We shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** for the consultation by a **Specialist** in connection with a **Disability** within the maximum number of **Days** and amount as set forth in the Schedule of Benefits preceding confinement in a **Hospital** and provided that such consultation is **Medically Necessary** and has been recommended in writing by the attending **Physician / Specialist**, which includes

prescription for medication and any subsequent consultation which is subject to the Schedule of Benefits limit. Payment will not be made where **You** do not result in **Hospital** confinement for the treatment of the medical condition diagnosed.

**c) POST-HOSPITALISATION TREATMENT**

**We** shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** incurred in follow-up treatment for the same **Disability** as during **Hospitalisation** immediately following discharge from **Hospital** for a non-surgical **Disability** which includes prescription for medication, within the maximum number of **Days** and amount as stated in the Schedule of Benefits.

**d) EMERGENCY ACCIDENTAL OUTPATIENT TREATMENT**

**We** shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** incurred for up to the maximum stated in the Schedule of Benefits, as a result of a covered bodily **Injury** arising from an **Accident** for **Medically Necessary** treatment as an **Outpatient** at any registered clinic or **Hospital** within twenty-four (24) hours of the **Accident** causing the covered bodily **Injury**. Follow-up treatment by the same **Doctor** or same registered clinic or **Hospital** for the same covered bodily **Injury** will be provided up to the maximum amount and the maximum number of days as set forth in the Schedule of Benefits.

**e) OUTPATIENT PHYSIOTHERAPY TREATMENT**

**We** shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** incurred for **Outpatient** physiotherapy treatment referred in writing by a licensed **Specialist / Physician** after **Surgery** or **In-Hospital Treatment**, within ninety (90) days from the date of **Hospital** discharge up to the maximum as set forth in the Schedule of Benefits.

**f) OUTPATIENT KIDNEY DIALYSIS TREATMENT**

If **You** are diagnosed with Kidney Failure as defined below, **We** will reimburse the **Reasonable and Customary Charges** incurred for the **Medically Necessary** treatment of kidney dialysis performed at a legally registered dialysis centre subject to the limit of this **Disability** as specified in the Schedule of Benefits.

Such treatment (dialysis including consultation, examination tests and take-home drugs) must be received at the **Outpatient** department of a **Hospital** or a registered dialysis treatment centre or immediately following discharge from **Hospital Confinement** or **Surgery**.

**Kidney Failure** means end-stage renal failure presenting as chronic, irreversible failure of both kidneys to function as a result of which renal dialysis is initiated.

It is a specific condition of this Benefit that notwithstanding the exclusion of **Pre-Existing Conditions**, this Benefit will not be payable for **You**, if **You** have developed chronic renal diseases and/or are receiving dialysis treatment prior to the effective date of Insurance.

**g) OUTPATIENT CANCER TREATMENT**

If **You** are diagnosed with Cancer as defined below, **We** will reimburse the **Reasonable and Customary Charges** incurred for the treatment of cancer performed at a legally registered cancer treatment centre subject to the limit of this **Disability** as specified in the Schedule of Benefits. The treatment types covered as cancer treatment are only limited to radiotherapy and chemotherapy (injectable or oral), including consultation, examination tests and take-home drugs.

Such treatment must be received or advised at the **Outpatient** department of a **Hospital** or a registered cancer treatment centre or immediately following discharge from the **Hospital Confinement** or after the **Surgery**.

**Cancer** is defined as the uncontrollable growth and spread of malignant cells and the invasion and destruction of normal tissue for which major interventionist treatment or **Surgery** (excluding endoscopic procedures alone) is considered necessary. The cancer must be confirmed by histological evidence of malignancy.

It is a specific condition of this Benefit that notwithstanding the exclusion of **Pre-Existing Conditions**, this Benefit will not be payable for **You** who had been diagnosed as a Cancer patient and/or is receiving Cancer treatment prior to the effective date of Insurance.

**h) EMERGENCY ACCIDENTAL OUTPATIENT DENTAL TREATMENT**

**We** shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** incurred for up to the maximum stated in the Schedule of Benefits, as a result of an **Accidental Injury** and received as an **Outpatient Accidental** Dental Treatment within twenty-four (24) hours of the occurrence of the **Accident** in a registered dental clinic or **Hospital** and the subsequent follow-up treatment by the same **Dentist** will be provided up to the maximum amount as set forth in the Schedule of Benefits.

**i) HOME NURSING CARE**

**We** shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges**, up to the maximum number of days and amount stated in the Schedule of Benefits, for **Medically Necessary** continued nursing care by a registered nurse to **You** in a home. Such nursing care must be recommended by the attending **Physician** or **Surgeon** and be for a minimum duration of four (4) hours each day. This benefit is only payable if there has been an earlier claim paid for in respect of the medical condition for which **Hospitalisation** was required by **You**.

Home Nursing Care cover under this Policy includes:

- (i) Physical, occupational or speech therapies;
- (ii) Therapy, treatments for wound, respiratory, diabetes care, colostomy care, tube feeding, injection and other medication administration to **You** at home.

Custodial care, meals, general house-keeping services, companions and personal comfort item, or any services for activities of daily living that are not **Medically Necessary** will not be payable. The benefit payable shall not exceed the maximum number of days and amount for the plan as stated in the Schedule of Benefits.

**j) SECOND SURGICAL OPINION**

**We** shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** for consultation with a **Specialist** to obtain a second opinion prior to **Surgery** in respect of an **Illness** or **Injury** requiring **Surgery** up to the maximum amount as set forth in the Schedule of Benefits. Payment will not be made where **You** do not result in **Hospital** confinement for the treatment of the medical condition diagnosed.

**SECTION C – SPECIAL BENEFITS** (Additional limit on top of the **Overall Annual Limit**)

**a) ACCIDENTAL DEATH AND PERMANENT DISABLEMENT**

If **You** suffer a bodily **Injury**, which shall within twelve (12) consecutive months result in death or disablement as provided in the Table of Benefits described herein, **We** will pay the amount stated in the Schedule of Benefits according to the respective percentage of the sum insured as stated in the Table of Benefits.

Description of Disablement	Percentage of Sum Insured (%)
Loss of life	100%
<b>Loss of Limbs</b> (two limbs)	100%
Loss of both hands, or of all fingers and both thumbs	100%
Total paralysis	100%
Total insanity	100%
Injuries resulting in being permanently bedridden	100%
Any other injury causing <b>Permanent Total Disablement</b>	100%
Loss of arm at shoulder	100%
Loss of arm between shoulder and elbow	100%
Loss of arm at elbow	100%
Loss of arm between elbow and wrist	100%
Loss of hand at wrist	100%
Loss of leg	100%
- at hip	100%
- between knee and hip	100%
- below knee	100%
Eye: <b>Loss of</b>	100%
- <b>Sight</b> of whole eye	50%
- <b>Sight</b> , except perception of light	50%
- lens	50%
Loss of four (4) fingers and thumb of one (1) hand	50%
Loss of four (4) fingers	40%
Loss of thumb	25%
- both phalanges	10%
- one (1) phalanx	10%
Loss of index finger	8%
- three (3) phalanges	4%
- two (2) phalanges	6%
- one (1) phalanx	4%
Loss of middle finger	2%
- three (3) phalanges	5%
- two (2) phalanges	4%
- one (1) phalanx	2%
Loss of ring finger	2%
- three (3) phalanges	3%
- two (2) phalanges	2%
- one (1) phalanx	3%
Loss of little finger	2%
- three (3) phalanges	2%
- two (2) phalanges	2%
- one (1) phalanx	2%
Loss of metacarpals	3%
- first <b>or</b> second (additional)	2%
- third, fourth <b>or</b> fifth (additional)	15%
Loss of toes	5%
- all phalanges	2%
- great, both phalanges	1%
- great, one (1) phalanx	
- other than great, if more than one (1) toe lost	
each	
<b>Loss of Hearing</b>	75%
- both ears	15%
- one (1) ear	50%
<b>Loss of Speech</b>	

The degree of shortening of limbs must be certified by a **Physician**.

Where the bodily **Injury** is not specified, **We** reserve the right to adopt a percentage of sum insured based on the disablement, which, in **Our** opinion, is consistent with the provisions of the above Table of Benefits.

"Loss" of limb or member or part thereof shall mean loss by actual physical severance or total and permanent **Loss of Use**.

**Loss of Use** of body member shall be treated as loss of body member.

The aggregate of all percentages payable in respect of any one (1) **Accident** shall not exceed 100%. In the event a total of 100% is paid, all coverage hereunder shall immediately cease to be in force. All other losses less than 100% if having been paid shall reduce the coverage under Benefit B by that amount from the date of **Accident** until the expiry of the **Policy Schedule**.

## SPECIAL PROVISIONS

### • Coma

Upon certification by a **Physician** that **You** have been in a state of coma for at least one (1) year due to an **Accident**, **We** will pay 100% of the Sum Insured. However, **We** have the right to recover the payment made if **You** regain consciousness provided that a deduction of 10% of the aforesaid payment be made for each year **You** were in a state of coma.

### • Disappearance

It will be presumed that death has occurred if **You** have been missing for twelve (12) consecutive months and **We** have examined all available evidence provided to support the conclusion that death was caused by an **Accident** covered.

## b) INTERNATIONAL EMERGENCY MEDICAL EVACUATION AND REPATRIATION

If **You** suffer a **Serious Injury or Serious Illness** in **Overseas**, and in **Our** or the **Service Provider's** opinion, it is judged medically appropriate to move **You** to another location for medical treatment, the **Service Provider** will arrange the evacuation utilising the means **We** or the **Service Provider** believe to be the most appropriate based on the medical severity of **Your** condition, subject to the limits set forth in the Schedule of Benefits.

If **You** suffer a **Serious Injury or Serious Illness** in **Overseas**, and in **Our** or the **Service Provider's** opinion, it is judged medically appropriate to move **You** to Malaysia, the **Service Provider** will arrange the repatriation utilising the means **We** or the **Service Provider** believe to be the most appropriate based on the medical severity of **Your** condition, subject to the limits set forth in the Schedule of Benefits.

If **You** suffer a **Disability** in **Overseas** and result in death, **Our Service Provider** will make:

1. all the necessary transportation arrangements (including any procedures or arrangements necessary to meet local formalities) for the return of **Your** mortal remains to Malaysia; and
2. all the necessary arrangements for funeral, cremation, casket or embalming (if so selected) at the place of death in **Overseas**, but excluding any expenses related to religious rights, ceremonies or burial posts.

### Specific Conditions Applicable to Benefit b:

The decisions on the means of transportation and final destination will be made by the **Service Provider** at **Our** sole discretion. **You** must follow **Our** or the **Service Provider's** instruction and direction at all times.

### Specific Exclusions Applicable to Benefit b:

**We** shall not be liable in respect of any claims for, directly or indirectly caused by any of the following:

1. services rendered without the authorisation and/or intervention of the **Service Provider**;
2. services provided by any parties other than the **Service Provider** for which no charge is usually made;
3. medical treatment administered by **Your** relatives and/or family member whether qualified or not;
4. **Disability** which in the opinion of the **Service Provider's Physician** that **You** are physically able to travel sitting as a normal passenger and without medical escort.

## c) FUNERAL EXPENSES (ALL CAUSES)

**We** shall pay a lump sum as specified in the Schedule of Benefits, if **You** die during the **Period of Insurance**.

## SECTION D – OPTIONAL

### d) DEDUCTIBLE

The Policy is subject to a deductible amount which is stated in the Schedule of Benefits. Deductible means a monetary sum that shall be deducted from the **Eligible Expenses** under Section A incurred by **You**, and on per **Any One Disability** basis when **You** are admitted to any private hospital. However, if **You** are admitted to any **Malaysian Government Hospital**, the **Eligible Expenses** incurred will not be subject to the deductible amount.

## CONDITIONS

### 1) AGE LIMIT

The age eligibility to qualify for this Policy ranges from thirty (30) days old to sixty five (65) years old, and renewable up to one hundred (100) years old. All ages refer to the age at **Your** next birthday.

### 2) ALTERATIONS

**We** reserve the right to amend the terms and provisions of this Policy by giving a thirty (30) days prior notice in writing by ordinary post to **Policyholder's** last known address in **Our** records, and such amendment will be applicable from the next renewal of this Policy. No alteration to this Policy shall be valid unless authorised by **Us** and such approval is endorsed thereon. **We** would also give thirty (30) days prior written notice to the **Policyholder** according to the last recorded address for any alterations made.

### 3) ARBITRATION

All differences arising out of this Policy shall be referred to an Arbitrator who shall be appointed in writing by the parties in difference. In the event they are unable to agree on who is to be the Arbitrator within one (1) month of being required in writing to do so then both parties shall be entitled to appoint an Arbitrator each who shall proceed to hear the differences together with an Umpire to be appointed by both Arbitrators. However, this is provided that any disclaimer of liability by **Us** for any claim hereunder must be referred to an Arbitrator within twelve (12) calendar months from date of such disclaimer.

### 4) AUTOMATIC TERMINATION

The policy shall automatically terminate on the earliest happening of the following events:

- (a) on the date the **Policy Schedule** is cancelled; or
- (b) on **Your** death; or
- (c) on the next renewal date if **You** attain the maximum age limit at one hundred (100) years old; or
- (d) on the next renewal date or premium due date, whichever earlier, if the required premium is not paid within fourteen (14) days from Policy expiry date.

Termination of this Policy shall be without prejudice to any claim arising prior to such termination. The payment or acceptance of any premium hereunder subsequent to termination of this Policy shall not create any liability but **We** shall refund any such premium.



## 5) CANCELLATION

This Policy may be cancelled by the **Policyholder** at any time by giving a written notice to **Us**, and provided that no claims have been made during the current **Policy Year**, the **Policyholder** shall be entitled to a refund of the premium as follows:

Period Not Exceeding	Refund of Annual Premium
15 days (for renewal only)	90%
1 month	80%
2 months	70%
3 months	60%
4 months	50%
5 months	40%
6 months	30%
7 months	25%
8 months	20%
9 months	15%
10 months	10%
11 months	5%
Period exceeding 11 months	No refund

There shall be no refund of premium for non-annual payment mode.

## 6) CASH BEFORE COVER

It is fundamental and an absolute special condition of this contract of insurance that the premium due must be paid and received by **Us** before insurance cover is effective.

## 7) CERTIFICATION, INFORMATION AND EVIDENCE

All certificates, information, medical reports and evidence as required by **Us** shall be furnished at the expense of the **Policyholder**, and in such a form that **We** may require. In any event all notices which **We** shall require the **Policyholder** to give must be in writing and addressed to **Us**. **Policyholder** shall, at **Our** request and expense, submit to a medical examination whenever such is deemed necessary.

## 8) CLAIM PROCEDURES

- (a) **You** shall within thirty (30) days of a **Disability** that incurs claimable expenses, give written notice to **Us** stating full particulars of such event, including all original bills and receipts, and a full **Physician's** report stipulating the diagnosis of the condition treated and the date the **Disability** commenced in the **Physician's** opinion and the **Physician's** summary of the cost of treatment including medicines and services rendered. Failure to furnish such notice within the time allowed shall not invalidate any claim if it is shown not to have been reasonably possible to furnish such notice and that such notice was furnished as soon as was reasonably possible.
- (b) **You** shall immediately procure and act on proper medical advice and **We** shall not be held liable in the event a treatment or service becomes necessary due to **Your** failure to do so.

## 9) CO-PAYMENT (sub-standard policy only)

Co-payment borne by the **Policyholder** under cost-sharing or coinsurance terms shall not exceed twenty percent (20%) of the claimable expenses (i.e. excluding Deductibles) per **Disability**, subject to an absolute maximum limit of Ringgit Malaysia Three Thousand (RM 3,000) (inclusive of Deductibles) per **Disability**. The limit mentioned above is not applicable to Upgraded Room and Board Co-Payment and policies that provide for **Overall Annual Limit** exceeding Ringgit Malaysia One Hundred Thousand (RM 100,000).

## 10) CONDITION PRECEDENT TO LIABILITY

The due observance and the fulfilment of the terms, provisions and conditions of this Policy by each of **You** and in so far as they relate to anything to be done or complied with by **You** shall be conditions precedent to any liability of **Ours**.

## 11) CONTRIBUTION

If **You** carry other insurance covering any **Illness** or **Injury** insured by this Policy, **We** shall not be liable for a greater proportion of such **Illness** or **Injury** than the amount applicable hereto under this Policy bears to the total amount of all valid insurance covering such **Illness** or **Injury**.

## 12) COOLING-OFF PERIOD

If the Policy have been issued and for any reason whatsoever that the **Policyholder** shall decide not to take up the Policy, the **Policyholder** may return the Policy to **Us** for cancellation provided such request for cancellation is delivered by the **Policyholder** to **Us** within fifteen (15) days from the date of delivery of the Policy. The **Policyholder** is entitled to the refund of the full premium paid less deduction of medical expenses incurred by **Us** in the issue of the Policy. In the event of a claim(s) has been made, no refund of premium shall be payable.

## 13) CURRENCY OF PAYMENT

All payments under this Policy shall be made in the legal currency of Malaysia. Should any payment be requested by **You** to be payable in any other currency, then such amount shall be payable in the demand currency as may be purchased in Malaysia at the prevailing currency market rates on the date of the claim settlement.

## 14) DUTY OF DISCLOSURE

Consumer Insurance Contract – Where the **Policyholder** has applied for this Insurance wholly for himself/family/dependants, the **Policyholder** had a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in the Proposal Form (or when the **Policyholder** applied for this insurance) i.e. the **Policyholder** should have answered the questions fully and accurately. Failure to have taken reasonable care in answering the questions may result in avoidance of the **Policyholder's** contract of insurance, refusal or reduction of the **Policyholder's** claim(s), change of terms or termination of the **Policyholder's** contract of insurance in accordance with the remedies in Schedule 9 of the Financial Services Act 2013. The **Policyholder** is also required to disclose any other matter that the **Policyholder** knows to be relevant to **Our** decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied. The **Policyholder** also has a duty to tell **Us** immediately if at any time after the **Policyholder's** contract of insurance has been entered into, varied or renewed with **Us** any of the information given in the Proposal Form (or when the **Policyholder** applied for this insurance) is inaccurate or has changed.

Non-Consumer Insurance Contract – Where the **Policyholder** has applied for this Insurance for the purpose of providing medical insurance

benefits to the **Policyholder's** employees and their dependants, the **Policyholder** had a duty to disclose any matter that the **Policyholder** knows to be relevant to **Our** decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied and any matter a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant otherwise it may result in avoidance of the **Policyholder's** contract of insurance, refusal or reduction of the **Policyholder's** claim(s), change of terms or termination of the **Policyholder's** contract of insurance. The **Policyholder** also has a duty to tell **Us** immediately if at any time after the **Policyholder's** contract of insurance has been entered into, varied or renewed with **Us** any of the information given in the Proposal Form (or when the **Policyholder's** applied for this insurance) is inaccurate or has changed.

#### 15) EXCLUSIONS (APPLICABLE TO SECTION A & SECTION B)

This contract does not cover any **Hospitalisation, Surgery** or charges caused directly or indirectly, wholly or partly, by any one (1) of the following occurrences:

1. **Pre-Existing Condition.**
2. **Specified Illnesses** occurring during the first one hundred and twenty (120) days of continuous cover.
3. **Waiting Period** of thirty (30) days for all except **Accidental** Injuries.
4. Elective cosmetic or plastic **Surgery** except reconstructive **Surgery** necessary to restore function after an **Accident** that has occurred during the period of cover.
5. Eye Examinations, glasses, contact lenses and surgical procedures for the correction of eye refractive errors and the use or acquisition of external prosthetic appliances or corrective devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers, prescription thereof.
6. Dental conditions including dental treatment or oral **Surgery** except as necessitated by **Accidental** Injuries to sound natural teeth occurring wholly during the **Period of Insurance**.
7. Private nursing, rest cures or sanatoria care, any treatment received purely as an **Outpatient Hospitalisation** primarily for investigatory purposes, diagnosis, X-ray examination, general physical or medical examinations, not incidental to the treatment or diagnosis of a covered **Disability** or any treatment which is not **Medically Necessary** and any preventive treatment, preventive medicines or examination carried out by a **Physician** and treatments specifically for weight reduction or gain.
8. Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions.
9. Pregnancy, child birth (including surgical delivery), miscarriage, abortion and prenatal and postnatal care and any surgical, mechanical or chemical contraceptive methods of birth control or treatment pertaining to infertility, gender change, sexual dysfunction including impotency, tests or treatment related to sterilization and circumcision performed due to any reason other than **Illness** or infection.
10. Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted **Injury** while sane or insane.
11. War or any act of war, declared or undeclared, criminal or terrorist activities, active duty in any armed forces, direct participation in strikes, riots and civil commotion or insurrection.
12. Sanction - **We** shall not be deemed to provide coverage or will make any payments or provide any service or benefit to the **Policyholder, You** or other party to the extent that such cover, payment, service, benefit would violate any applicable trade or economic sanctions law or regulation.
13. Treatment for any medical conditions arising directly or indirectly from radioactivity contamination or any nuclear material whatsoever, including the combustion of nuclear fuel.
14. Expenses incurred for donation of any body organ by **You** and costs of acquisition of the organ including all costs incurred by the donor during organ transplant and its complications.
15. Investigation into and treatment of sleep and snoring disorders, psychiatric, psychotic, mental or nervous disorders, including neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations, psychiatric disorders such as neuro-psychosis, schizophrenia and others.
16. Hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical services or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bone setting, herbalist treatment, massage or aromatherapy.
17. Care or treatment for which payment is not required or to the extent which is payable by any other insurance or indemnity covering **You** and **Disabilities** arising out of duties of employment or profession that is covered under a Workmen's Compensation Insurance Contract.
18. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
19. Costs / expenses of services of a non-medical nature, such as television, telephones, telex services, radios or similar facilities, admission kit / pack and other ineligible non-medical items.
20. **Sickness or Injury** arising from racing of any kind (except foot racing), hazardous sports such as but not limited to skydiving, water skiing, underwater activities requiring breathing apparatus, winter sports, professional sports, mountaineering with use of ropes or mountain guides and illegal activities.
21. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.
22. Epidemic and/or pandemic.

#### 16) EXCLUSIONS (APPLICABLE TO SECTION C – Benefit a)

**We** shall not be liable for claims directly or indirectly caused by or which results from:

1. **You** when engaging in or taking part in: -
  - a) Armed forces, naval or air force service or operations;
  - b) Professional sports, winter sports other than skating;
  - c) Rock climbing or mountaineering (necessitating the use of ropes or mountain guides), potholing, martial arts or boxing, underwater activities exceeding fifty (50) metres in depth, aerial activities including parachuting, hang-gliding, bungee jumping or any kind of race other than on foot;
  - d) Air travel except as a fare-paying passenger on a recognised airline operating on regular scheduled air routes and air travel by any charter aircraft duly licensed as a recognised air carrier and flown by professional crews between properly established and maintained airports;
  - e) Criminal act or any illegal activities.
2. Intoxication of alcohol or drug, unless the drug is taken under the direction of a **Physician** provided such direction is not for the treatment of drug addiction.
3. Provoked murder or assault, intentional self-injury, suicide or attempted suicide while sane or insane.
4. Pregnancy, childbirth, miscarriage.
5. Mosquito bites.
6. **Sickness, Disease** or medical disorder.
7. **Pre-Existing Condition.**
8. Deliberate exposure to exceptional danger (except in an attempt to save human life).
9. HIV (Human Immunodeficiency Syndrome) and/or any HIV related illnesses including AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or AIDS Related Complex (ARC) however caused and/or any mutant derivatives, variations or treatment thereof however caused.
10. Direct participation in riot or civil commotion, invasion, acts of foreign enemies, hostilities (whether **War** be declared or not), rebellion, revolution, insurrection, mutiny or usurped power.

11. Ionizing radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or from any nuclear waste from the combustion of nuclear fuel. For the purpose of this exclusion combustion shall include any self-sustaining process of nuclear fission.
12. **War, civil War** – whether declared or not.
13. Any **Act of Terrorism**.
14. Sanction - **We** shall not be deemed to provide coverage or make any payments or provide any service or benefit to the **Policyholder**, **You** or other party to the extent that such cover, payment, service, benefit would violate any applicable trade or economic sanctions law or regulation (also applicable to Section C – Benefit c).
15. Epidemic and/or pandemic (also applicable to Section C – Benefit c).

#### 17) FULL REIMBURSEMENT IN A GOVERNMENT HOSPITAL

Charges for eligible medical expenses are covered in full for treatment in a **Malaysian Government Hospital** for each **Illness** or **Injury**.

#### 18) GENERAL CONDITIONS

This Policy and the Schedule of Benefits shall be read together as one (1) contract and any words or expression to which a specific meaning has been attached in any part of this Policy or of the Schedules shall bear such specific meaning wherever it may appear.

#### 19) GEOGRAPHICAL TERRITORY

All benefits provided in this Policy are applicable worldwide for twenty-four (24) hours a day. If **You** are non- Malaysian, **Your** coverage will be limited to **Hospitals** within Malaysia only.

#### 20) GRACE PERIOD

Notwithstanding the Cash before Cover condition, a Grace period of fourteen (14) days from the premium due date will be allowed for payment of each premium. During such fourteen (14) days, **We** shall remain liable thereunder if by the last of such days, the premium is actually paid. If any premium is not paid in respect of this Policy Contract before the end of the Grace period, this Policy Contract shall be deemed as terminated at the expiry date of the Policy.

#### 21) GOVERNING LAW

This Policy is issued under the laws of Malaysia and is subject to and governed by the laws prevailing in Malaysia.

#### 22) IMPORTANT NOTICE

**We** wish to draw **Your** attention to the following important information:

- (a) Proof of Age will be required at times of maturity / claims, if Age has not been admitted.
- (b) **You** can contact **Our** Agents, Branch Officers, and Customer Service Department at **Our** Head Office for any enquiry or service relating to **Your** Policy.
- (c) The change of address of the **Policyholder** should be notified to **Us** so that all correspondence can be directed promptly.

#### 23) INCOMPLETE CLAIMS

All claims must be submitted to **Us** within thirty (30) days of completion of the events for which the claim is being made. Claims are not deemed complete and Eligible Benefits are not payable unless all bills for such claims have been submitted and agreed upon by **Us**. Only actual costs incurred shall be considered for reimbursement. Any variation or waiver of the foregoing shall be at **Our** sole discretion.

#### 24) LEGAL PROCEEDINGS

No action at law or in equity shall be brought to recover on this Policy prior to expiration of sixty (60) days after written proof of loss has been furnished in accordance with the requirements of this Policy. If **You** shall fail to supply the requisite proof of loss as stipulated by the terms, provisions and conditions of the Policy, **You** may, within a grace period of one (1) calendar year from the time that the written proof of loss to be furnished, submit the relevant proof of loss to **Us** with cogent reason(s) for the failure to comply with the Policy terms, provisions and conditions. The acceptance of such proof of loss shall be at **Our** sole and entire discretion. After such grace period has expired, **We** will not accept, for any reason whatsoever, such written proof of loss.

#### 25) MEDICAL EXAMINATION

**We** shall have the right to examine **Your** body whenever it may reasonably require and to conduct an autopsy in case of death where it is not forbidden by law.

#### 26) MISSTATEMENT OF AGE

If **Your** age had been misstated and the premium paid as a result thereof is insufficient, any claim payable under this Policy shall be prorated based on the ratio of the actual premium paid to the correct premium which should have been charged for the year. Any excess premium, which may have been paid as a result of such misstatement of age, shall be refunded without interest. If at **Your** correct age would not have been eligible for cover under this Policy, no benefit shall be payable.

#### 27) MISTATEMENT OR OMISSION OF MATERIAL FACT

If:

- (a) any answer, disclosure or representation by the **Policyholder**, before this contract of insurance is entered into, varied or renewed, in or to any proposal or declaration or query, has been deliberately or recklessly incorrectly stated in any respect; or
  - (b) before this contract of insurance is entered into, varied or renewed, the **Policyholder** has failed to disclose any fact the **Policyholder** knew to be relevant to **Our** decision on whether to accept the risk or not and the rates and the terms to be applied; or
  - (c) any claim made shall be fraudulent or exaggerated, or if any false declaration or statement shall be made in support of such claim.
- then in any of the above cases, this Policy shall be void.

#### 28) MULTIPLE INSURED PERSON DISCOUNT

If the **Policyholder** purchase a policy with multiple **Insured Persons** which are his/her **Family Members**, a Multiple Insured Person Discount is applicable. The Multiple Insured Person Discount percentage is depending on the total number of **Insured Persons** specified in the **Policy Schedule**. The Multiple Insured Person Discount is not cumulative and in the event of a revision in total number of **Insured Persons**, the Multiple Insured Person Discount will be revised accordingly.

#### 29) NOTICE

Every notice or communication to **Us** shall be in writing and sent to **Us**. No alterations in the terms of this Policy or any endorsement thereon, will be held valid unless the same is signed or initiated by **Our** authorised representative.

### 30) OVERSEAS TREATMENT

If **You** seek treatment **Overseas**, benefits in respect of the treatment shall be covered subject to the exclusions, limitations and conditions specified in this Policy and all benefits will be payable based on the official exchange rate ruling on the last **Day** of the Period of Confinement and shall exclude the cost of transport to the place of treatment provided:

- (a) **You** are travelling abroad for a reason other than for medical treatment, need to be confined to a **Hospital** outside Malaysia as a consequence of an **Emergency**.
- (b) Upon recommendation of a **Physician** and **You** have to be transferred to a **Hospital** outside Malaysia because the specialised nature of the treatment, aid, information or decision required can neither be rendered nor furnished nor taken in Malaysia.

**Overseas** treatment of a **Disease, Sickness or Injury** which is diagnosed in Malaysia and non-emergency or chronic conditions where treatment can reasonably be postponed until return to Malaysia are excluded.

### 31) OWNERSHIP OF POLICY

Unless otherwise expressly provided for by Endorsement in the Policy, **We** shall be entitled to treat the **Policyholder** as the absolute owner of the Policy. **We** shall not be bound to recognise any equitable or other claim to or interest in the Policy, and the receipt of the Policy or a Benefit by the **Policyholder** (or by his legal or authorised representative) alone shall be an effective discharge of all **Our** obligations and liabilities. The **Policyholder** shall be deemed to be responsible Principal or Agent of **You** covered under this Policy.

### 32) PERIOD OF COVER AND RENEWAL

This Policy will be renewable at the option of **Policyholder** subject to the terms, conditions and termination at each of the anniversary of the Policy date. The renewal premiums payable is not guaranteed and **We** reserve the right to revise the premium rate applicable at the time of renewal. Such changes, if any, shall be applicable to all **Policyholders** irrespective of their claim experience according to **Our** risk assessment. This Policy is renewable at the option of **Policyholder** until the occurrence of any of the following:

- (a) non-payment of premium or premium not made on time
- (b) fraud or misrepresentation of material fact during application
- (c) the policy is cancelled at the request of the **Policyholder**
- (d) the death of **You**
- (e) **You** attain the coverage age limit specified
- (f) termination of coverage for all policies in a certain market and **We** withdraw this Policy completely from the market in accordance with the Portfolio Withdrawal Condition.

### 33) PORTFOLIO WITHDRAWAL

**We** reserve the right to cancel the portfolio as a whole if **We** decide to discontinue underwriting this insurance product. Cancellation of the portfolio as a whole shall be given by reasonable written notice in advance with valid reasons to the **Policyholder** and **We** will run off all policies to expiry of the period of cover within the portfolio.

### 34) PREMIUM

During the **Period of Insurance**, the premiums for insurance under this Policy are not guaranteed and shall be based on the premium rates in force at the time of renewal. Premiums are payable at the premium rate according to each member's age next birthday on each **Policy year** anniversary. **We** shall have the right to change the rate at which premiums shall be calculated, at the start of any **Policy Year**, provided that **We** notify the **Policyholder** at least thirty (30) days in advance of the date such premium is due.

### 35) PROOF OF LOSS

Upon receipt of such notice, **We** will furnish to the Claimant forms for filing proof of loss. If the forms are not furnished within fifteen (15) days, the Claimant by submitting written proof covering the occurrence, the character and the extent of the loss for which claim is made shall be deemed to have complied with the requirement of this provision.

Proof of loss must be furnished to **Us** in case of claim for **Disability** within ninety (90) days after termination of the period of **Disability** for which **We** are liable, and in case of claim of any other loss, within ninety (90) days after the date of such loss.

### 36) REINSTATEMENT

If **You** do not pay a premium within the Grace Period and the Policy terminates, **You** will not have any Insurance cover or benefit.

If the Policy terminates, **You** may apply to reinstate the Policy within one (1) year after the premium's due date which was not paid. However, **You** must:

- (a) fill in and sign a reinstatement form;
- (b) truthfully declare all facts in the reinstatement form;
- (c) produce all the information (if any) **We** have asked for; and
- (d) pay all overdue premiums.

### 37) RESIDENCE OVERSEAS

No benefit whatsoever shall be payable for any medical treatment received by **You** outside Malaysia, if **You** reside or travel outside Malaysia for more than ninety (90) consecutive days.

### 38) SUBROGATION

If **We** shall become liable for any payment under this Policy, **We** shall be subrogated to the extent of such payment to all the rights and remedies of **You** against any party and shall be entitled at its own expense to sue in **Your** name. **You** shall give or cause to be given to **Us** all such assistance in his/her power as **We** shall require to secure the rights and remedies and at **Our** request shall execute or cause to be executed all documents necessary to enable **Us** to effectively to bring suit in **Your** name.

### 39) TAKE-OVER POLICIES

If this Policy shall have commenced immediately upon termination of a preceding Policy and if **You** shall have been afflicted with a medical **Disability** prior or at the time this Policy started (and benefits under the preceding Policy would have been available to **You**), **You** shall continue to be covered for the existing **Disability**, but not to exceed the limits of the previous Policy on condition **We** have secured a copy of the preceding Policy.

#### 40) UPGRADED POLICIES

If the Eligible Benefits to **You** under the terms of this Policy be increased while it is in force or at the time of Renewal or replacement and if **You** have been afflicted with a **Disability** prior or at the time the Benefits were increased, the Limits of Benefits payable in respect of such **Disability** shall not exceed the Limit of Benefits prior to the date the Benefits were upgraded.

#### 41) UPGRADED ROOM AND BOARD CO-PAYMENT

If **You** are hospitalised at a published Room & Board rate which is higher than **Your** eligible benefit, **You** shall bear twenty percent (20%) of the other eligible benefits described in the Schedule of Benefits.

#### 42) TAX PROVISION

All premium and fees payable under this Policy may be subject to **Tax**. If **Tax** is imposed, it will be stated in the invoice and **We** reserve the right to claim or collect the **Tax** from **You** in addition to the premium and/or fees payable under this Policy.

43) Where the context so permits, words importing the singular number only shall include the plural number and vice versa and words importing the masculine gender only shall include the feminine gender and neuter gender and words importing persons shall include corporations.

#### NOMINATION

Nomination shall mean the process of the **Policyholder** appointing individual(s) to receive the policy monies in the event of the death of **Policyholder** (who is also the **Insured Person**) at any time after the **Policy Schedule** has been issued. If **You** are the **Insured Person**, **You** may nominate a person(s) to receive the policy moneys payable under this **Policy Schedule**. Where **Policyholder** or **You** die without having made a nomination, **We** shall pay the policy moneys to the lawful executor or administrator of **Policyholder** or **Your** estate. Payment of policy moneys will be made in accordance to the Financial Services Act 2013.

#### NOTICE UNDER PERSONAL DATA PROTECTION ACT 2010 (PDPA)

The Personal Data Protection Act 2010 (hereinafter referred to as 'the Act'), which regulates the processing of personal data in commercial transactions, applies to Zurich General Insurance Malaysia Berhad ("hereinafter referred to as "**We/Us/Our**"). **You** may make inquiries, complaints, request for access, update, correct or change any of **Your** personal data, limit the processing of **Your** personal data and/or to opt-out of **Our** use at any time hereafter by submitting such request to **Us** by sending an email to [callcentre@zurich.com.my](mailto:callcentre@zurich.com.my). Requests for opt-out must state clearly the full name, identity document number, policy number, telephone number and address of the person making such request. The processing of **Your** personal data is subject to **Our** Personal Data Protection Notice as published on corporate website [www.zurich.com.my](http://www.zurich.com.my).

## IMPORTANT

The **Policyholder** should read this Policy carefully, and if any error or misdescription to be found herein, or if the cover be not in accordance with the **Policyholder's** wishes, advice should at once be given to **Us** and the Policy returned to **Us** for **Our** attention.

## PROCEDURES FOR MAKING INSURANCE COMPLAINTS

Please examine the insurance Policy to ensure that it meets the **Policyholder's** requirement.

To avoid misunderstanding, it is very important that this Policy, the **Policy Schedule** and any endorsements attached therein be read thoroughly. If the **Policyholder** has any complaints or grievances pertaining to the Policy, please contact the **Policyholder's** agent, if any or get in touch with **Our** issuing office. **We** assure that the complaints will be attended to promptly. As a responsible insurer, **We** wish to bring to the **Policyholder's** attention that the **Policyholder** could also address the **Policyholder's** dissatisfaction to the Ombudsman For Financial Services (OFS) or to Bank Negara Malaysia's Customer Service Bureau (CSB) as listed below.

## PROCEDURES FOR COMPLAINT TO OFS

If the **Policyholder** is not satisfied with **Our** decision, the **Policyholder** may write to the Mediator with details of the dispute and particulars of this Policy.

If the Mediator makes an award against **Us**, the **Policyholder** is required to inform the Mediator of the **Policyholder's** decision to accept or deny the award within fourteen (14) days.

If the **Policyholder** does not accept the award, the **Policyholder** may reject the decision of the Mediator. The **Policyholder** is free to institute a court proceeding against **Us** or refer it to Arbitration.

The **Policyholder** may communicate with **Us** at:

### **Zurich General Insurance Malaysia Berhad**

Level 23A, Mercu 3,  
No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City,  
59200 Kuala Lumpur,  
Malaysia.

Tel: 03-2109 6000

Fax: 03-2109 6888

Call Centre: 1-300-888-622

Email: callcentre@zurich.com.my

The **Policyholder** may communicate with OFS at:

Ombudsman For Financial Services (OFS)

(Formerly Known as Financial Mediation Bureau)

Level 14, Main Block,  
Menara Takaful Malaysia,  
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman,

50000 Kuala Lumpur

Tel: 03-2272 2811

Fax: 03-2272 1577

Email: enquiry@ofs.org.my

Website: www.ofs.org.my

## Procedures for complaint to CSB

Alternatively, the **Policyholder** may put forward the dissatisfaction over **Our** conduct by writing to CSB giving details of the complaint and particulars of this Policy to:

### **Contact Centre (BNMTELELINK)**

Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (LINK),

Bank Negara Malaysia,

P.O. Box 10922,

50929 Kuala Lumpur

Tel: 1-300-88-5465 (1-300-88-LINK)

(Overseas: +603-2174 1717)

Fax: +603-2174 1515

Email: bnmteletelink@bnm.gov.my

### **Zurich General Insurance Malaysia Berhad**

Registration No. 201701035345 (1249516-V)

Level 23A, Mercu 3, No.3, Jalan Bangsar,  
KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia.

Tel: 03-2109 6000

Fax: 03-2109 6888

Call Centre: 1-300-888-622

www.zurich.com.my

ZURICH®



ZURICH®

The trademarks depicted are registered in the name of  
Zurich Insurance Company Ltd in many jurisdictions worldwide.



## Kontrak Insurans Pengguna

Polisi dikeluarkan sejajar dengan pembayaran dari premium yang ditentukan dalam **Jadual Polisi** dan menurut kepada kenyataan yang telah dikemukakan di dalam borang cadangan (atau semasa **Pemilik Polisi** membuat permohonan insurans ini) dan segala kenyataan yang telah dibuat oleh **Pemilik Polisi** pada atau semasa penyerahan borang cadangan (atau semasa **Pemilik Polisi** membuat permohonan insurans ini) dan pada masa perjanjian ini ditandatangani. Jawapan dan sebarang pernyataan lain yang **Pemilik Polisi** berikan akan menjadi sebahagian daripada kontrak insurans antara **Pemilik Polisi** dan pihak **Kami**. Walau bagaimanapun, sekiranya terdapat sebarang salah nyata semasa pra-kontrak berhubung dengan jawapan **Pemilik Polisi** atau di mana-mana pernyataan yang diberikan oleh **Pemilik Polisi**, hanya remedi yang terdapat dalam Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 akan diguna pakai.

Polisi ini bertindak atas terma-terma dan syarat-syarat kontrak insurans seperti yang telah dipersetujui antara **Pemilik Polisi** dan pihak **Kami**.

## Kontrak Insurans Bukan Pengguna

Polisi dikeluarkan sejajar dengan pembayaran dari premium yang ditentukan dalam **Jadual Polisi** dan menurut kepada kenyataan yang telah dikemukakan di dalam borang cadangan (atau semasa **Pemilik Polisi** membuat permohonan insurans ini) dan segala kenyataan yang telah dibuat oleh **Pemilik Polisi** pada atau semasa penyerahan borang cadangan (atau semasa **Pemilik Polisi** membuat permohonan insurans ini) dan pada masa perjanjian ini ditandatangani. Jawapan dan sebarang pernyataan lain yang **Pemilik Polisi** berikan akan menjadi sebahagian daripada kontrak insurans antara **Pemilik Polisi** dan pihak **Kami**. Sekiranya terdapat sebarang salah nyata pada pra-kontrak berhubung dengan jawapan **Pemilik Polisi** atau di mana-mana pernyataan yang diberikan oleh **Pemilik Polisi**, ia mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans **Pemilik Polisi**.

Polisi ini bertindak atas terma-terma dan syarat-syarat kontrak insurans seperti yang telah dipersetujui antara **Pemilik Polisi** dan pihak **Kami**.

## DEFINISI

Terdapat beberapa perkataan tertentu yang ditakrifkan seperti yang di bawah. Perkataan ini mempunyai maksud yang sama apabila digunakan dalam Polisi ini. Perkataan ini telah **ditebalkan** dan bermula dengan huruf besar (contoh: **Orang Yang Diinsuranskan, Anda**).

**KEMALANGAN** bermaksud kejadian yang berlaku secara tiba-tiba, tidak dijangka dan secara kebetulan tanpa diduga dalam **Tempoh Insurans**.

**RAWATAN KEGIGIAN AKIBAT KEMALANGAN** bermaksud prosedur pergigian yang diperlukan akibat **Kemalangan**.

**TINDAKAN KEGANASAN** bermaksud suatu tindakan, termasuk penggunaan kekerasan atau keganasan, mana-mana orang atau kumpulan orang, sama ada bertindak secara perseorangan atau bagi pihak atau berhubung kait dengan mana-mana organisasi, untuk tujuan politik, agama atau ideologi termasuk niat untuk mempengaruhi mana-mana kerajaan dan/atau membuatkan orang awam dalam ketakutan.

**MANA-MANA SATU HILANG UPAYA** hendaklah bermaksud semua tempoh **Hilang Upaya** yang timbul daripada sebab yang sama termasuk mana-mana dan semua komplikasinya kecuali jika **Anda** pulih sepenuhnya dan tidak perlu menjalani apa-apa rawatan lanjut (termasuk dadah, ubat, diet khas atau suntikan atau nasihat tentang keadaannya) bagi **Hilang Upaya** itu selama sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari selepas tarikh terakhir keluar **Hospital** dan **Hilang Upaya** berikutnya akibat daripada sebab yang sama hendaklah dianggap seolah-olah **Hilang Upaya** itu adalah yang baru.

**BAYARAN DIKENAKAN** merujuk kepada bayaran sebenar yang dikenakan untuk rawatan perubatan yang munasabah, perlu dan biasa dalam merawat **Hilang Upaya** yang dilindungi.

**PENYAKIT KONGENITAL** hendaklah bermaksud apa-apa keabnormalan perubatan atau fizikal yang wujud sejak lahir, dan juga keabnormalan fizikal neonatal yang berkembang dalam tempoh enam (6) bulan dari tarikh kelahiran. Ini termasuk semua jenis hernia dan epilepsi kecuali disebabkan oleh trauma yang berlaku selepas tarikh **Anda** dilindungi secara berterusan di bawah Polisi ini.

**HARI** bermaksud pentafsiran Hari yang dikenakan bayaran oleh **Hospital** yang berkenaan.

**PEMBEDAHAN HARIAN** bermaksud pesakit yang perlu menggunakan kemudahan pemulihan untuk prosedur pembedahan yang dirancang terlebih dahulu di **Hospital / Klinik Pakar** (tetapi bukan untuk bermalam).

**DOKTOR GIGI** hendaklah bermaksud orang yang berlesen atau berdaftar sewajarnya untuk mengamalkan pergigian dalam kawasan geografi di mana khidmat diberikan, tetapi tidak termasuk Doktor Gigi yang merupakan **Orang Yang Diinsuranskan** sendiri atau keluarga terdekat iaitu adik-beradik, pasangan suami isteri, anak atau ibu bapa.

**HILANG UPAYA** hendaklah bermaksud **Sakit, Wabak, Penyakit** atau semua **Kecederaan** yang timbul daripada satu atau beberapa sebab yang berterusan.

**DOKTOR atau PAKAR PERUBATAN atau PAKAR BEDAH** hendaklah bermaksud pengamal perubatan berdaftar yang layak dan berlesen untuk mengamalkan Perubatan Barat dan yang, semasa memberikan rawatan itu, mengamalkannya mengikut skop pelesenan dan latihannya di kawasan geografi profesion tersebut diamalkan, tetapi tidak termasuk Doktor, Pakar Perubatan atau Pakar Bedah yang merupakan **Orang Yang Diinsuranskan** sendiri atau keluarga terdekat iaitu adik-beradik, pasangan suami isteri, anak atau ibu bapa.

**PERBELANJAAN LAYAK** hendaklah bermaksud perbelanjaan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** yang ditanggung disebabkan oleh **Hilang Upaya** yang dilindungi tetapi tidak melebihi had manfaat dalam Jadual Manfaat.

**KECEMASAN** bermaksud perubatan yang diperlukan dalam keadaan di mana perhatian perubatan segera diperlukan dalam tempoh dua belas (12) jam **Kecederaan, Penyakit** atau gejala yang tiba-tiba dan gagal di mana kehidupan **Anda** boleh diancam atau membawa kepada kemerosotan kesihatan yang ketara.



**AHLI-AHLI KELUARGA** hendaklah bermaksud pasangan **Anda** yang sah, ibu bapa dan anak-anak.

**HOSPITAL** hendaklah bermaksud hanya pertubuhan yang ditubuhkan dan didaftarkan sewajarnya sebagai Hospital untuk jagaan dan rawatan orang yang sakit dan cedera sebagai pesakit atas katil berbayar, dan yang:

- (a) mempunyai kemudahan untuk diagnosis dan **Pembedahan** utama,
- (b) menyediakan khidmat jagaan dua puluh empat (24) jam sehari oleh jururawat berdaftar dan berkecuali,
- (c) di bawah penyeliaan **Pakar Perubatan**, dan
- (d) bukan klinik, tempat untuk orang ketagih alkohol dan dadah, pusat jagaan atau rumah pemulihan atau rumah orang tua atau pertubuhan yang serupa.

**PENGHOSPITALAN** hendaklah bermaksud dimasukkan ke **Hospital** sebagai pesakit dalam yang berdaftar untuk rawatan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** bagi **Hilang Upaya** yang dilindungi apabila disyorkan oleh **Pakar Perubatan**. Pesakit tidak boleh dianggap sebagai pesakit dalam jika pesakit tidak tinggal di **Hospital** secara fizikal sepanjang tempoh dimasukkan ke **Hospital**.

**KECEDERAAN** hendaklah bermaksud kecederaan anggota badan yang semata-mata disebabkan oleh **Kemalangan**.

**ORANG YANG DIINSURANSKAN / ANDA** hendaklah bermaksud orang yang diinsuranskan dan dinyatakan dalam **Jadual Polisi**.

**UNIT RAWATAN RAPI** hendaklah bermaksud satu bahagian di **Hospital** yang dinamakan sebagai Unit Rawatan Rapi oleh **Hospital**, dan yang diselenggara dua puluh empat (24) jam hanya untuk rawatan bagi pesakit dalam keadaan kritikal dan dilengkapi khidmat jagaan dan perubatan khas yang tidak disediakan di mana-mana bahagian lain **Hospital** itu.

**KEHILANGAN PENDENGARAN** bermaksud kehilangan pendengaran secara kekal dan tidak boleh dipulihkan.

**KEHILANGAN ANGGOTA BADAN** bermaksud kehilangan akibat pemisahan secara fizikal pada atau di atas pergelangan tangan atau sendi buku lali.

**KEHILANGAN PENGLIHATAN** bermaksud kehilangan penglihatan yang tidak dapat dipulihkan secara keseluruhan dan kekal.

**KEHILANGAN UPAYA BERTUTUR** bermaksud ketidakupayaan kekal dan menyeluruh untuk berkomunikasi secara lisan.

**KEHILANGAN PENGGUNAAN** bermaksud kehilangan upaya fungsian secara menyeluruh dan kekal dan dianggap sebagai kehilangan seluruh anggota badan atau organ tersebut dan bukan dari segi ketidakupayaan profesional atau pekerjaan **Anda**.

**HOSPITAL KERAJAAN MALAYSIA** hendaklah bermaksud **Hospital** yang bayaran khidmatnya tertakluk kepada Akta Fi 1951, Perintah Fi (Perubatan) 1982 dan/atau pindaan berikutnya jika ada.

**KEPERLUAN DARI SEGI PERUBATAN** hendaklah bermaksud khidmat perubatan yang:

- (a) selaras dengan diagnosis dan rawatan perubatan biasa bagi **Hilang Upaya** yang dilindungi, dan
- (b) menurut piawai amalan perubatan yang baik, selaras dengan piawai semasa bagi rawatan perubatan profesional, juga dengan manfaat kesihatan yang sah, dan
- (c) bukan untuk kemudahan **Anda** atau **Pakar Perubatan**, dan tidak dapat diperoleh sewajarnya di luar **Hospital** (jika dimasukkan ke wad sebagai pesakit dalam), dan
- (d) bukan berbentuk eksperimen, penyelidikan atau kajian, pencegahan atau penyaringan, dan
- (e) yang bayarannya berpatutan, munasabah dan biasa bagi **Hilang Upaya** itu.

**BONUS TANPA TUNTUTAN** hendaklah bermaksud selepas pembaharuan polisi ini (dengan syarat pembaharuan tersebut berterusan, polisi tidak pernah luput dalam mana-mana satu (1) tahun tertentu, dan tiada tuntutan dibuat selama tahun perlindungan sebelumnya), Bonus Tanpa Tuntutan sebanyak sepuluh peratus (10%) akan diguna pakai. Bonus Tanpa Tuntutan tidak terkumpul dan sekiranya tuntutan dibuat oleh mana-mana satu **Anda**, Bonus Tanpa Tuntutan akan dilucutkan sepenuhnya.

**PESAKIT LUAR** hendaklah bermaksud **Anda** yang menerima jagaan atau rawatan perubatan tanpa dimasukkan ke **Hospital** dan merangkumi rawatan di pusat rawatan harian.

**HAD TAHUNAN KESELURUHAN** bermaksud manfaat yang dibayar bagi belanja yang dikenakan untuk rawatan yang diberikan kepada **Anda** dalam **Tempoh Insurans** hendaklah dihadkan mengikut Had Tahunan Keseluruhan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat tanpa mengira jenis **Hilang Upaya**. Jika Had Tahunan Keseluruhan telah dibayar, maka semua insurans untuk **Anda** di bawah ini hendaklah dihentikan bayarannya serta-merta bagi baki **Tahun Polisi** tersebut.

**LUAR NEGARA** bermaksud mana-mana destinasi di luar Malaysia.

**TEMPOH INSURANS** bermaksud tempoh Polisi seperti yang dinyatakan dalam **Jadual Polisi**.

**HILANG UPAYA MENYELURUH DAN KEKAL** bermaksud hilang upaya yang disebabkan semata-mata secara langsung dan bebas daripada semua sebab lain kecuali akibat **Kecederaan** badan serta berlaku dalam tempoh tiga ratus enam puluh lima (365) hari berturut-turut dan kemungkinan besar mencegah **Anda** secara sepenuhnya daripada melakukan sebarang pekerjaan untuk seumur hidup dan yang mana tiada harapan untuk sembuh.

**JADUAL POLISI** hendaklah merujuk kepada dokumen yang dikeluarkan oleh **Kami** yang dikeluarkan untuk mengesahkan kewujudan perlindungan Insurans yang diberikan kepada **Anda**.

**PEMILIK POLISI** hendaklah bermaksud orang atau badan korporat atau persatuan/pertalian yang kepadanya Polisi dikeluarkan bagi melindungi orang yang secara khusus dikenal pasti sebagai **Orang Yang Diinsuranskan** dalam Polisi ini dan dapat menggunakan semua hak, keistimewaan dan pilihan yang terdapat di bawah polisi ini.

**TAHUN POLISI** hendaklah bermaksud tempoh satu (1) tahun termasuk tarikh mula kuat kuasa Insurans dan sebaik sahaja selepas tarikh itu, atau tempoh satu tahun selepas **Pembaharuan Atau Polisi Yang Diperbaharui**.



**PENYAKIT SEDIA ADA** hendaklah bermaksud **Hilang Upaya** sedia ada yang diketahui sewajarnya oleh **Anda**. **Anda** dianggap mengetahui sewajarnya keadaan sedia ada itu apabila:

- (a) **Anda** telah atau sedang menerima rawatan;
- (b) nasihat perubatan, diagnosis, jagaan atau rawatan telah disyorkan;
- (c) gejala yang jelas dan tepat dapat atau telah dilihat dengan nyata; atau
- (d) kewujudannya dapat diperhatikan dengan jelas bagi orang yang mengalami keadaan itu.

**UBAT YANG DIPRESKRIPSIKAN** hendaklah bermaksud ubat yang diberikan oleh **Pakar Perubatan**, ahli farmasi berdaftar atau **Hospital** dan yang dipreskripsikan oleh **Pakar Perubatan** atau **Pakar** bagi rawatan **Hilang Upaya** yang dilindungi.

**BAYARAN MUNASABAH DAN BIASA DIAMALKAN** hendaklah bermaksud bayaran rawatan perubatan yang **Perlu Dari Segi Perubatan**, yang dianggap munasabah dan biasa selagi bayaran itu tidak melebihi had biasa bayaran yang dibuat oleh pihak lain yang sama kedudukannya di tempat bayaran itu dikenakan, apabila memberikan rawatan, khidmat atau bekalan seumpamanya atau yang serupa kepada individu dengan jantina yang sama dan kategori umur yang sama untuk **Sakit, Penyakit** atau **Kecederaan** serta selaras dengan piawai dan amalan perubatan yang diterima dan tidak boleh diabaikan tanpa menjejaskan keadaan perubatan **Anda**.

**PEMBAHARUAN ATAU POLISI YANG DIPERBAHARUI** hendaklah bermaksud Polisi yang telah dibaharui tanpa apa-apa tempoh luput sebaik sahaja tamatnya tempoh Polisi sebelumnya dengan kandungan yang sama tempoh.

**RM** bermaksud dalam Ringgit Malaysia, mata wang Malaysia.

**KECEDERAAN SERIUS ATAU PENYAKIT SERIUS** bermaksud **Hilang Upaya** kritikal atau berbahaya yang pada pendapat **Pakar Perubatan** atau **Penyedia Perkhidmatan**, memerlukan rawatan pemulihan segera untuk mengelakkan kematian atau masalah serius kepada keadaan kesihatan semasa atau jangka panjang.

**PENYEDIA PERKHIDMATAN** bermaksud bantuan kecemasan sedunia dua puluh empat (24) jam.

**SAKIT, WABAK ATAU PENYAKIT** hendaklah bermaksud keadaan fizikal yang ditunjukkan dari segi patologi berbeza daripada keadaan kesihatan yang normal.

**PAKAR** hendaklah bermaksud pengamal perubatan atau pergigian yang berdaftar dan berlesen sewajarnya di kawasan geografi yang khidmat tersebut diberikan, dan yang diklasifikasikan oleh pihak berkuasa kesihatan yang berkenaan sebagai orang yang mempunyai kepakaran yang tinggi dan khusus dalam bidang perubatan atau pergigian yang tertentu, tetapi tidak termasuk **Pakar Perubatan** atau **Pakar Bedah** atau **Doktor Gigi** yang merupakan **Orang Yang Diinsuranskan** sendiri atau keluarga terdekat iaitu adik-beradik, pasangan suami isteri, anak atau ibu bapa.

**PENYAKIT TERTENTU** hendaklah bermaksud **Hilang Upaya** berikut dan komplikasi yang berkaitan dengannya, yang wujud dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama insurans **Anda**:

- (a) Hipertensi, diabetes melitus dan penyakit kardiovaskular.
- (b) Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu dalam sistem kencing dan sistem billari.
- (c) Semua penyakit telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak.
- (d) Hernia, hemoroid, fistula, hidrocele, varikosele.
- (e) Endometriosis termasuk penyakit sistem pembiakan.
- (f) Gangguan spina vertebro (termasuk diska) dan penyakit lutut.

**PEMBEDAHAN** hendaklah bermaksud mana-mana prosedur perubatan yang berikut:

- (a) Untuk menginsisi, mengeksisi atau mengelektrokauterisasi mana-mana bahagian organ atau badan kecuali untuk khidmat pergigian.
- (b) Untuk memperbaiki, mengubah atau membentuk semula mana-mana bahagian organ atau badan.
- (c) Untuk mengurangkan fraktur atau dislokasi melalui manipulasi.
- (d) Penggunaan endoskopi untuk mengeluarkan batu atau objek dari larinks, bronkus, trakea, esofagus, perut, usus, pundi kencing atau uretra.

**CUKAI** hendaklah bermaksud sebarang cukai, levi atau duti langsung atau tidak langsung, masa kini atau masa depan, termasuk cukai penggunaan atau sebarang cukai sepertinya yang dikenakan ke atas barangan dan perkhidmatan oleh kerajaan atau pihak berkuasa cukai.

**TEMPOH TANGGUH** hendaklah bermaksud tiga puluh (30) hari pertama antara masa bermulanya **Hilang Upaya Anda** dan bermulanya tarikh Polisi / tarikh pengembalian semula, dan terpakai hanya apabila orang itu dilindungi pertama kalinya. Ini tidak terpakai selepas tahun pertama perlindungan. Walau bagaimanapun, jika insurans terhenti, maka Tempoh Tangguh akan terpakai sekali lagi.

**PEPERANGAN** bermaksud suatu aktiviti kekerasan antara dua (2) atau lebih negara, yang dijalankan bagi sebarang tujuan, atau konflik bersenjata antara kuasa berdaulat, atau permusuhan terbuka yang diisytiharkan atau tidak diisytiharkan dan permusuhan terbuka atau keadaan negara di mana terdapat gangguan perhubungan aman, dan perbalahan umum menggunakan kekerasan, yang kedua-duanya dibenarkan atau tidak dibenarkan oleh pemerintahnya.

**KAMI** bermaksud Zurich General Insurance Malaysia Berhad, yang merupakan syarikat insurans / pengeluar polisi.

## KETERANGAN MANFAAT

### JADUAL MANFAAT

Manfaat	Pelan 1	Pelan 2	Pelan 3	Pelan 4	Pelan 5	Pelan 6
Had Tahunan Keseluruhan (RM) (untuk Seksyen A dan Seksyen B)	200,000	300,000	500,000	1,000,000	2,000,000	3,000,000
Bonus Tanpa Tuntutan	Pengurangan 10% atas premium pembaharuan (jika tiada tuntutan dibuat)					

Seksyen A – Manfaat Pesakit Dalam & Pembedahan Harian						
Bilik Hospital dan Makanan (RM)	150	150	180	200	500	700
	(maksimum 365 hari setahun)					
Unit Rawatan Rapi	Bayaran Dikenakan					
	(maksimum 180 hari setahun)					
Bekalan dan Khidmat Hospital	Bayaran Dikenakan					
Prosedur Pembedahan Harian	Bayaran Dikenakan					
Bayaran Pembedahan	Bayaran Dikenakan					
Bayaran Pakar Bius	Bayaran Dikenakan					
Bayaran Bilik Bedah	Bayaran Dikenakan					
Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital	Bayaran Dikenakan					
	(tidak terhad)					
Bayaran Ambulans	Bayaran Dikenakan					
Elaun Tunai Harian Di Hospital Kerajaan (RM)	100					
	(maksimum 365 hari setahun)					
Manfaat Penjagaan Harian Anak Orang Yang Diinsuranskan (RM)	250					
	(maksimum setiap hilang upaya)					
Bayaran Laporan Perubatan (RM)	150					
Transplan Organ (Hati, Buah Pinggang, Jantung, Paru-paru atau Sum-sum Tulang)	Bayaran Dikenakan					
Cukai Ke Atas Perbelanjaan Layak	Bayaran Dikenakan					
Seksyen B – Manfaat Pesakit Luar						
Ujian Diagnostik Prahospital	Bayaran Dikenakan					
	(dalam masa 60 hari sebelum penghospitalan)					
Rundingan Pakar Prahospital	Bayaran Dikenakan					
	(dalam masa 60 hari sebelum penghospitalan)					
Rawatan Selepas Penghospitalan	Bayaran Dikenakan					
	(dalam masa 90 hari dari penghospitalan)					
Rawatan Pesakit Luar Bagi Kemalangan Secara Kecemasan	Bayaran Dikenakan					
	(dalam masa 24 jam dan rawatan susulan sehingga maksimum 60 hari)					
Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar	Bayaran Dikenakan					
	(dalam masa 90 hari dari tarikh keluar)					
Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar	Bayaran Dikenakan					
Rawatan Kanser Pesakit Luar	Bayaran Dikenakan					
Rawatan Pergigian Pesakit Luar Bagi Kemalangan Secara Kecemasan (RM)	4,000 (setiap kemalangan)					
Penjagaan Kejururawatan Di Rumah (RM)	4,000					
	(sehingga 180 hari, maksimum seumur hidup)					
Rundingan Pembedahan Pendapat Kedua	Bayaran Dikenakan					
Seksyen C – Manfaat Khas (Had tambahan di atas Had Tahunan Keseluruhan)						
Kematian dan Hilang Upaya Kekal Akibat Kemalangan (RM)	50,000					
Pemindahan Kecemasan Perubatan dan Penghantaran Pulang Antarabangsa (RM)	50,000					
	(maksimum setahun)					
Perbelanjaan Pengebumian (semua sebab) (RM)	2,000					
Seksyen D – Pilihan						
Penolakan (setiap Mana-mana Satu Hilang Upaya) (terpakai untuk Seksyen A sahaja)	Pilihan	A	B	C	D	
	Jumlah Penolakan	RM 0	RM 5,000	RM 10,000	RM 20,000	
	Diskaun Premium	0%	15%	30%	50%	

**SEKSYEN A – MANFAAT PESAKIT DALAM & PEMBEDAHAN HARIAN** (tertakluk kepada **Had Tahunan Keseluruhan**)

**a) BILIK HOSPITAL DAN MAKANAN**

Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang **Perlu Dari Segi Perubatan** untuk penginapan di bilik dan

makan. Jumlah manfaat hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh **Hospital** semasa **Anda** dimasukkan ke **Hospital**, tetapi manfaat tidak boleh melebihi bagi mana-mana satu **Hari**, kadar manfaat Bilik dan Makan, dan bilangan maksimum **Hari** seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. **Anda** hanya layak menerima manfaat ini apabila dimasukkan ke **Hospital** sebagai pesakit dalam.

**b) UNIT RAWATAN RAPI**

**Kami** akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** untuk bilik dan makan yang sebenarnya ditanggung semasa dimasukkan ke **Hospital** sebagai pesakit dalam di **Unit Rawatan Rapi Hospital**. Bayaran manfaat ini hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh **Hospital** tertakluk kepada manfaat maksimum bagi mana-mana satu **Hari**, dan bilangan maksimum **Hari**, seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Apabila tempoh dimasukkan ke **Hospital** di **Unit Rawatan Rapi** melebihi tempoh maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat, maka pembayaran balik akan dihadkan kepada kadar harian **Bilik Hospital dan Makan**. Tiada manfaat **Bilik Hospital dan Makan** akan dibayar untuk tempoh dimasukkan ke **Hospital** yang sama di mana manfaat **Unit Rawatan Rapi** dibayar.

**c) BEKALAN DAN KHIDMAT HOSPITAL**

**Kami** akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang sebenarnya ditanggung untuk jagaan am, dadah dan ubat yang dipreskripsikan dan dimakan, pencucian dan pembalutan luka, anduh, acuan plaster, sinar-x, pemeriksaan makmal, elektrokardiogram, fisioterapi, ujian metabolisma basal, suntikan dan larutan intravena, pemberian darah dan plasma darah, termasuk kos darah dan plasma semasa **Anda** dimasukkan ke **Hospital** sebagai pesakit dalam di **Hospital**, hingga jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

**d) PROSEDUR PEMBEDAHAN HARIAN**

**Kami** akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** untuk bayaran perubatan dan bayaran pakar yang dikenakan ke atas **Pembedahan Harian** (Pembedahan dan Perubatan) yang dilakukan sebagai **Pesakit Luar** (tanpa kemasukan ke Hospital) sehingga had maksimum bagi **Hilang Upaya** yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Ini termasuk rawatan susulan oleh **Pakar Perubatan / Pakar / Pakar Bedah** merawat yang sama tertakluk kepada jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Mana-mana Prosedur Pembedahan Harian yang dilakukan untuk tujuan penyiasatan dan diagnostik yang tidak berkaitan dengan rawatan untuk sebarang **Hilang Upaya** tertentu yang tidak dilindungi.

**e) BAYARAN PEMBEDAHAN**

**Kami** akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** untuk **Pembedahan** oleh **Pakar / Pakar Bedah**, termasuk lawatan penilaian pra-pembedahan **Anda** oleh **Pakar / Pakar Bedah** dan rawatan selepas **Pembedahan** dari tarikh **Pembedahan**, tertakluk kepada jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Jika lebih daripada satu **Pembedahan** dijalankan bagi **Mana-mana Satu Hilang Upaya**, jumlah bayaran untuk semua **Pembedahan** yang dijalankan tidak boleh melebihi jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

**f) BAYARAN PAKAR BIUS**

**Kami** akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** oleh **Pakar Bius** untuk pemberian bahan bius yang tidak melebihi had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

**g) BAYARAN BILIK BEDAH**

**Kami** akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** untuk Bilik Bedah yang berkaitan dengan prosedur pembedahan yang tidak melebihi had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

**h) LAWATAN PAKAR PERUBATAN DALAM HOSPITAL**

**Kami** akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** oleh **Pakar Perubatan** untuk lawatan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** ke atas pesakit dalam berbayar semasa dimasukkan ke **Hospital** kerana **Hilang Upaya** bukan pembedahan yang tidak melebihi jumlah maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

**i) BAYARAN AMBULANS**

**Kami** akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang ditanggung untuk perkhidmatan ambulans domestik yang diperlukan (termasuk atendan) ke dan/atau dari Hospital berkaitan. Bayaran tidak akan dibuat jika **Anda** tidak dimasukkan ke Hospital dan tertakluk kepada had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

**j) ELAUN TUNAI HARIAN DI HOSPITAL KERAJAAN**

**Kami** akan membayar elaun tunai harian bagi setiap **Hari** semasa dimasukkan ke **Hospital** untuk **Hilang Upaya** yang dilindungi di **Hospital Kerajaan Malaysia**, dengan syarat **Anda** dihadkan kepada kadar Bilik dan Makan yang tidak melebihi jumlah dan bilangan **Hari** yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

**k) MANFAAT PENJAGAAN HARIAN ANAK ORANG YANG DIINSURANSKAN**

**Kami** akan membayar balik perbelanjaan untuk makan dan penginapan yang ditanggung semasa menjaga anak-anak **Anda** (berumur di bawah lima belas (15) tahun) di **Hospital** tidak melebihi had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

**l) BAYARAN LAPORAN PERUBATAN**

**Kami** akan membayar balik bayaran sebenar bagi laporan perubatan yang lengkap oleh **Pakar Perubatan / Pakar Bedah** yang merawat untuk setiap **Hilang Upaya** tetapi tidak melebihi jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

**m) TRANSPLAN ORGAN**

**Kami** akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang ditanggung bagi **Pembedahan** transplan untuk **Anda** sebagai penerima transplan hati, pinggang, jantung, paru-paru atau sum-sum tulang. Bayaran untuk manfaat ini adalah terhad kepada had yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Kos pemerolehan organ dan semua kos yang ditanggung oleh penderma adalah tidak dilindungi.

**n) CUKAI KE ATAS PERBELANJAAN LAYAK**

**Kami** akan membayar balik jumlah Cukai Ke Atas Perbelanjaan Layak yang dikenakan oleh klinik atau **Hospital** ke atas pembekalan bercukai dan perkhidmatan yang diberikan kepada **Anda** yang akan dibayar di bawah polisi ini tertakluk kepada had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

## SEKSYEN B – MANFAAT PESAKIT LUAR (tertakluk kepada Had Tahunan Keseluruhan)

### a) UJIAN DIAGNOSTIK PRAHOSPITAL

Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** untuk ECG, sinar-x dan ujian makmal yang dijalankan di **Hospital** untuk tujuan diagnostik bagi **Kecederaan** atau **Penyakit** apabila berkaitan dengan **Hilang Upaya** sebelum **Penghospitalan** dalam bilangan **Hari** dan jumlah maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat dan yang disyorkan oleh **Pakar Perubatan / Pakar**. Bayaran tidak akan dibuat jika dalam khidmat diagnostik itu, **Anda** tidak dimasukkan ke **Hospital** untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu.

### b) RUNDINGAN PAKAR PRAHOSPITAL

Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** untuk rundingan oleh **Pakar** yang berkaitan dengan **Hilang Upaya** dalam bilangan **Hari** dan jumlah maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat sebelum dimasukkan ke **Hospital** dan dengan syarat rundingan itu **Perlu Dari Segi Perubatan** dan telah disyorkan secara bertulis oleh **Pakar Perubatan / Pakar** yang merawat, termasuk preskripsi untuk ubat dan rundingan berikutnya yang tertakluk kepada had Jadual Manfaat. Bayaran tidak akan dibuat apabila **Anda** tidak dimasukkan ke **Hospital** untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu.

### c) RAWATAN SELEPAS PENGHOSPITALAN

Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang ditanggung dalam rawatan susulan untuk **Hilang Upaya** yang sama seperti semasa **Penghospitalan** sebaik sahaja keluar dari **Hospital** untuk **Hilang Upaya** bukan pembedahan termasuk preskripsi untuk ubat, dalam bilangan **Hari** dan jumlah maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

### d) RAWATAN PESAKIT LUAR BAGI KEMALANGAN SECARA KECEMASAN

Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang ditanggung hingga jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, bagi **Kecederaan** anggota badan yang dilindungi yang timbul daripada **Kemalangan** untuk rawatan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** sebagai **Pesakit Luar** di mana-mana klinik atau **Hospital** berdaftar dalam tempoh dua puluh empat (24) jam dari masa berlaku **Kemalangan** yang menyebabkan **Kecederaan** anggota badan yang dilindungi. Rawatan susulan oleh **Doktor** yang sama atau klinik atau **Hospital** berdaftar yang sama untuk **Kecederaan** anggota badan yang dilindungi yang sama akan disediakan hingga jumlah maksimum dan bilangan hari maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

### e) RAWATAN FISIOTERAPI PESAKIT LUAR

Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** bagi rawatan fisioterapi **Pesakit Luar** yang dirujuk secara bertulis oleh **Pakar / Pakar Perubatan** berlesen selepas **Pembedahan** atau rawatan dalam **Hospital**, dalam tempoh sembilan puluh (90) hari dari tarikh keluar **Hospital** sehingga jumlah maksimum yang ditetapkan di Jadual Manfaat.

### f) RAWATAN DIALISIS BUAH PINGGANG PESAKIT LUAR

Jika **Anda** didiagnosis sebagai mengalami Kegagalan Buah Pinggang seperti yang dinyatakan di bawah, Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang ditanggung yang **Perlu Dari Segi Perubatan** untuk rawatan dialisis buah pinggang yang dijalankan di pusat dialisis berdaftar yang sah tertakluk kepada had **Hilang Upaya** ini seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

Rawatan tersebut (dialisis termasuk rundingan, ujian pemeriksaan, dadah yang dibawa pulang) hendaklah diterima di jabatan **Pesakit Luar Hospital** atau di pusat rawatan dialisis berdaftar atau sebaik sahaja selepas keluar dari **Hospital** atau **Pembedahan**.

Kegagalan Buah Pinggang bermaksud kegagalan renal peringkat akhir yang menyebabkan kegagalan kronik dan tidak boleh pulih kedua-dua buah pinggang untuk berfungsi dan oleh itu dialisis renal perlu dimulakan.

Ini adalah syarat khas bagi manfaat ini walaupun pengecualian **Penyakit Sedia Ada**, manfaat ini tidak akan dibayar kepada **Anda**, jika **Anda** mengalami penyakit renal kronik dan/atau sedang menerima rawatan dialisis sebelum tarikh mula insurans.

### g) RAWATAN KANSER PESAKIT LUAR

Jika **Anda** didiagnosis menghidap kanser seperti yang dinyatakan di bawah, Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang ditanggung untuk rawatan kanser yang dijalankan di pusat rawatan kanser berdaftar yang sah tertakluk kepada had bagi **Hilang Upaya** ini seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Jenis rawatan yang dilindungi sebagai rawatan kanser hanya terhad kepada radioterapi atau kemoterapi (suntikan atau oral), termasuk rundingan, ujian pemeriksaan, dadah yang dibawa pulang.

Rawatan itu hendaklah diterima atau disarankan di jabatan **Pesakit Luar Hospital** atau di pusat rawatan kanser berdaftar atau sebaik sahaja selepas keluar dari **Hospital** atau **Pembedahan**.

Kanser ditakrifkan sebagai sel malignan yang tumbuh dan merebak secara tidak terkawal dan serangan serta pemusnahan tisu normal tersebut dianggap memerlukan rawatan perantara atau **Pembedahan** (tidak termasuk prosedur endoskopi). Kanser mesti disahkan melalui tanda malignansi histologi.

Ini adalah syarat khas bagi manfaat ini walaupun pengecualian **Penyakit Sedia Ada**, manfaat ini tidak akan dibayar kepada **Anda** yang telah didiagnosis sebagai pesakit kanser dan/atau sedang menerima rawatan kanser sebelum tarikh mula insurans.

### h) RAWATAN PERGIGIAN PESAKIT LUAR BAGI KEMALANGAN SECARA KECEMASAN

Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang ditanggung hingga jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, bagi **Kecederaan Kemalangan** dan diterima sebagai Rawatan Pergigian Pesakit Luar Bagi **Kemalangan** dalam tempoh dua puluh empat (24) jam dari masa berlaku **Kemalangan** di klinik pergigian atau **Hospital** berdaftar dan rawatan susulan oleh **Doktor Gigi** yang sama akan disediakan hingga jumlah maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

### i) PENJAGAAN KEJURURAWATAN DI RUMAH

Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan**, sehingga hari dan jumlah maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat, untuk penjagaan kejururawatan berterusan oleh jururawat berdaftar yang **Perlu Dari Segi Perubatan** kepada **Anda** di rumah. Penjagaan kejururawatan tersebut mesti disyorkan oleh **Pakar Perubatan** atau **Pakar Bedah** yang merawat dan untuk tempoh minimum empat (4) jam setiap hari. Manfaat ini adalah berbayar hanya jika terdapat tuntutan sebelumnya yang dibayar bagi keadaan kesihatan yang mana **Penghospitalan** diperlukan oleh **Anda**.

Perlindungan Penjagaan Kejururawatan Di Rumah di bawah Polisi ini termasuk:

- (i) Terapi fizikal, pekerjaan atau ucapan;  
 (ii) Terapi, rawatan untuk luka, pernafasan, penjagaan diabetes, penjagaan kolostomi, tiub pemakanan, suntikan dan ubat-ubatan lain untuk **Anda** di rumah.

Penjagaan kustodian, makanan, perkhidmatan penjagaan rumah am, sahabat dan barangan keselesaan peribadi, atau sebarang perkhidmatan untuk aktiviti harian yang tidak **Perlu Dari Segi Perubatan** tidak akan dibayar. Manfaat yang dibayar tidak boleh melebihi bilangan hari dan jumlah maksimum pelan ini seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

#### j) RUNDINGAN PEMBEDAHAN PENDAPAT KEDUA

**Kami** akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** bagi rundingan dengan **Pakar** bagi memperoleh pendapat kedua sebelum **Pembedahan** bagi **Penyakit** atau **Kecederaan** yang memerlukan **Pembedahan** sehingga jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Bayaran tidak akan dibuat apabila **Anda** tidak dimasukkan ke **Hospital** untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu.

#### SEKSYEN C – MANFAAT KHAS (Had tambahan di atas Had Tahunan Keseluruhan)

##### a) KEMATIAN DAN HILANG UPAYA KEKAL AKIBAT KEMALANGAN

Sekiranya **Anda** mengalami **Kecederaan** badan, di mana dalam tempoh dua belas (12) bulan yang berturut-turut menyebabkan kematian atau hilang upaya yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat berikut, **Kami** akan membayar jumlah yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat mengikut peratusan jumlah yang diinsuranskan seperti yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat.

Keterangan Hilang Upaya	Peratusan Jumlah Yang Diinsuranskan (%)
Kehilangan nyawa	100%
<b>Kehilangan Anggota Badan</b> (dua anggota badan)	100%
Kehilangan kedua-dua belah tangan, atau kesemua jari dan kedua-dua ibu jari	100%
Kecederaan yang mengakibatkan terlanter sakit di katil secara kekal	100%
Tidak siaman sepenuhnya	100%
Kecederaan yang mengakibatkan kekal terlanter di katil	100%
Sebarang kecederaan lain yang menyebabkan <b>Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal</b>	100%
Kehilangan tangan dari paras bahu	100%
Kehilangan tangan antara paras bahu dan siku	100%
Kehilangan tangan dari paras siku	100%
Kehilangan tangan antara siku dan pergelangan tangan	100%
Kehilangan tangan diparas pergelangan tangan	100%
Kehilangan kaki	100%
- di paras pinggul	100%
- di antara lutut dan pinggul	100%
- di bawah lutut	100%
Mata: <b>Kehilangan</b>	100%
- <b>Penglihatan</b>	100%
- <b>Penglihatan</b> , kecuali bayangan cahaya	50%
- kanta	50%
Kehilangan empat (4) jari dan satu (1) ibu jari di sebelah tangan	50%
Kehilangan empat (4) jari	40%
Kehilangan ibu jari	25%
- kedua-dua falanks	10%
- satu (1) falanks	10%
Kehilangan jari telunjuk	10%
- tiga (3) falanks	8%
- dua (2) falanks	4%
- satu (1) falanks	6%
Kehilangan jari hantu	4%
- tiga (3) falanks	2%
- dua (2) falanks	5%
- satu (1) falanks	4%
Kehilangan jari manis	2%
- tiga (3) falanks	4%
- dua (2) falanks	3%
- satu (1) falanks	2%
Kehilangan jari kelengkeng	4%
- tiga (3) falanks	3%
- dua (2) falanks	2%
- satu (1) falanks	3%
Kehilangan metakarpus	2%
- pertama atau kedua (tambahan)	2%
- ketiga, keempat atau kelima (tambahan)	15%
Kehilangan jari kaki	5%
- semua falanks	2%
- ibu jari, kedua-dua falanks	1%
- Ibu jari, satu (1) falanks	
- selain ibu jari, jika lebih daripada satu (1) jari	
setiap satu	
<b>Kehilangan Pendengaran</b>	75%
- kedua-dua belah telinga	15%
- sebelah telinga	50%
<b>Kehilangan Upaya Bertutur</b>	

Tahap kependekan anggota mesti disahkan menerusi laporan **Pakar Perubatan**.

Sekiranya **Kecederaan Badan** tidak dinyatakan secara khusus, **Kami** berhak untuk menggunakan peratusan jumlah yang diinsuranskan

berdasarkan hilang upaya, yang pada pendapat **Kami** tidak bercanggah dengan peruntukan Jadual Manfaat di atas.

"Kehilangan" anggota badan atau sebahagian daripadanya hendaklah bermaksud sebarang kehilangan akibat pemisahan secara fizikal sebenar atau **Kehilangan Penggunaan** yang menyeluruh dan kekal.

**Kehilangan Penggunaan** anggota badan hendaklah dianggap sebagai kehilangan anggota badan.

Agregat semua peratusan yang boleh dibayar bagi mana-mana satu (1) **Kemalangan** tidak boleh melebihi seratus peratus (100%). Sekiranya 100% telah dibayar, semua perlindungan di bawah ini hendaklah berhenti berkuatkuasa. Semua kehilangan lain yang kurang daripada 100%, jika dibayar, akan mengurangkan perlindungan bagi Seksyen C - Manfaat a) sebanyak jumlah tersebut dari tarikh **Kemalangan** sehingga tamat Jadual **Polisi**.

#### PERUNTUKAN KHAS

##### • Koma

Setelah mendapat pengesahan oleh **Pakar Perubatan** bahawa **Anda** telah berada dalam keadaan koma selama sekurang-kurangnya satu (1) tahun akibat **Kemalangan**, **Kami** akan membayar 100% Jumlah Yang Diinsuranskan. Walau bagaimanapun, **Kami** mempunyai hak untuk mendapatkan pulangan pembayaran yang dibuat jika **Anda** memperoleh semula kesedaran dengan syarat potongan sebanyak 10% daripada pembayaran yang disebut di atas untuk setiap tahun **Anda** berada dalam keadaan koma.

##### • Kehilangan

Kematian akan dianggap telah berlaku sekiranya **Anda** telah hilang selama dua belas (12) bulan yang berturut-turut dan **Kami** telah memeriksa segala bukti yang ada untuk menyokong kesimpulan bahawa kematian adalah disebabkan oleh **Kemalangan** yang dilindungi oleh Polisi ini. Jika pada bila-bila masa selepas bayaran dibuat oleh **Kami** bagi tuntutan sedemikian, **Anda** ditemui masih hidup, bayaran balik sepenuhnya hendaklah dibuat kepada **Kami**.

#### b) PEMINDAHAN KECEMASAN PERUBATAN DAN PENGHANTARAN PULANG ANTARABANGSA

Sekiranya **Anda** mengalami **Kecederaan Serius** atau **Penyakit Serius** di **Luar Negara**, dan pada pendapat **Kami** atau **Penyedia Perkhidmatan**, adalah dianggap munasabah dari segi perubatan untuk memindahkan **Anda** ke lokasi yang lain untuk rawatan perubatan, **Penyedia Perkhidmatan** akan mengatur pemindahan dengan menggunakan kaedah yang **Kami** atau **Penyedia Perkhidmatan** percaya adalah paling sesuai berasaskan tahap keterukan keadaan perubatan **Anda**, tertakluk kepada had yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat. Sekiranya **Anda** mengalami **Kecederaan Serius** atau **Penyakit Serius** di **Luar Negara**, dan pada pendapat **Kami** atau **Penyedia Perkhidmatan**, adalah dianggap munasabah dari segi perubatan untuk menghantar **Anda** pulang ke Malaysia, **Penyedia Perkhidmatan** akan mengatur penghantaran balik dengan menggunakan kaedah yang **Kami** atau **Penyedia Perkhidmatan** percaya adalah paling sesuai berasaskan tahap keterukan keadaan perubatan **Anda**, tertakluk kepada had yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat.

Sekiranya **Anda** mengalami **Hilang Upaya** di **Luar Negara** yang menyebabkan kematian, **Penyedia Perkhidmatan Kami** akan membuat:

1. semua rancangan pengangkutan yang perlu (termasuk sebarang prosedur atau rancangan yang perlu untuk memenuhi kelaziman tempatan) bagi penghantaran balik jenazah **Anda** ke Malaysia; dan
2. semua rancangan untuk pengebumian, pembakaran, penyediaan keranda atau pengawetan (sekiranya dipilih) di tempat kematian di **Luar Negara**, tetapi tidak termasuk sebarang perbelanjaan berkaitan hak, upacara keagamaan atau tiang pengebumian.

#### Syarat-Syarat Khas yang berkenaan dengan Manfaat b:

Keputusan mengenai kaedah pengangkutan dan destinasi akhir akan dibuat oleh **Penyedia Perkhidmatan** atas budi bicara mutlak **Kami**. **Anda** mesti mengikut arahan dan petunjuk **Kami** atau **Penyedia Perkhidmatan** pada setiap masa.

#### Pengecualian Khas yang berkenaan dengan Manfaat b:

**Kami** tidak akan bertanggungjawab terhadap sebarang tuntutan yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung oleh mana-mana yang berikut:

1. perkhidmatan yang diberikan tanpa kebenaran dan/atau campur tangan **Penyedia Perkhidmatan**;
2. perkhidmatan yang disediakan oleh mana-mana pihak selain daripada **Penyedia Perkhidmatan** dengan caj biasanya tidak dikenakan;
3. rawatan perubatan yang diberikan oleh saudara mara dan/atau ahli keluarga **Anda** sama ada layak atau tidak;
4. **Hilang Upaya** yang pada pendapat **Pakar Perubatan Penyedia Perkhidmatan** masih membolehkan **Anda** melancong secara fizikal dengan duduk sebagai penumpang biasa dan tanpa pengiring perubatan.

#### c) PERBELANJAAN PENGEBUMIAN (SEMUA SEBAB)

**Kami** akan membayar jumlah seperti yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat, jika **Anda** meninggal dua dalam **Tempoh Insurans**.

#### SEKSYEN D – PILIHAN

##### a) PENOLAKAN

Polisi ini adalah tertakluk kepada jumlah yang boleh ditolak seperti dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Jumlah yang boleh ditolak bermaksud jumlah wang yang akan ditolak daripada **Perbelanjaan Layak** di bawah Seksyen A yang ditanggung oleh **Anda**, dan berdasarkan setiap **Mana-mana Satu Hilang Upaya** apabila **Anda** dimasukkan ke mana-mana hospital swasta. Walau bagaimanapun, jika **Anda** dimasukkan ke mana-mana **Hospital Kerajaan Malaysia**, **Perbelanjaan Layak** yang ditanggung tidak akan tertakluk kepada jumlah yang boleh ditolak.

#### SYARAT

##### 1) HAD UMUR

Kelayakan umur untuk melayak bagi Polisi ini adalah dari tiga puluh (30) hari hingga enam puluh lima (65) tahun, dan boleh diperbaharui hingga seratus (100) tahun. Semua umur merujuk kepada umur **Anda** pada tarikh lahir yang berikutnya.

##### 2) PINDAHAN

**Kami** berhak meminda terma dan peruntukan Polisi ini dengan memberikan notis awal tiga puluh (30) hari secara bertulis melalui pos biasa ke alamat terakhir **Pemilik Polisi** yang diketahui mengikut rekod **Kami**, dan pindaan tersebut akan terpakai dan pembaharuan berikutnya bagi Polisi ini. Pindaan kepada Polisi ini tidak sah kecuali jika diluluskan oleh **Kami** dan kelulusan itu hendaklah diendorskan pada Polisi tersebut. **Kami** hendaklah memberikan notis awal tiga puluh (30) hari secara bertulis kepada **Pemilik Polisi** mengikut alamat terakhir yang direkodkan bagi mana-mana pindaan yang dibuat.



### 3) TIMBANG TARA

Semua perbezaan yang timbul daripada Polisi ini hendaklah dirujuk kepada penimbang tara yang hendaklah dilantik secara bertulis oleh pihak dalam percanggahan. Jika mereka tidak berjaya mendapatkan persetujuan tentang siapa yang akan menjadi Penimbang Tara dalam tempoh satu (1) bulan apabila diminta secara bertulis untuk berbuat demikian, maka kedua-dua pihak layak melantik Penimbang Tara setiap seorang yang akan mendengar percanggahan itu bersama-sama dengan Pengadil yang akan dilantik oleh kedua-dua Penimbang Tara itu. Walau bagaimanapun, dengan syarat apa-apa penafian liabiliti oleh Kami bagi apa-apa tuntutan di bawah ini hendaklah dirujuk kepada Penimbang Tara dalam tempoh dua belas (12) bulan kalendar dari tarikh penafian tersebut.

### 4) PENAMATAN AUTOMATIK

Polisi akan tamat secara automatik pada tarikh kejadian-kejadian berikut yang mana lebih awal:

- (e) pada tarikh **Jadual Polisi** ditamatkan; atau
- (f) apabila **Anda** meninggal dunia; atau
- (g) pada tarikh pembaharuan jika **Anda** mencapai had umur maksimum pada seratus (100) tahun; atau
- (h) pada tarikh pembaharuan atau tarikh tamat tempoh premium, yang mana lebih awal, sekiranya premium yang diperlukan tidak dibayar dalam tempoh empat belas (14) hari dari tarikh tamat Polisi.

Penamatan Polisi ini adalah tanpa prejudis kepada sebarang tuntutan yang timbul sebelum penamatan tersebut. Pembayaran atau penerimaan sebarang premium yang berikutan penamatan Polisi ini tidak akan membentuk sebarang liabiliti tetapi pihak **Kami** akan mengembalikan sebarang premium.

### 5) PEMBATALAN

Polisi ini boleh dibatalkan oleh **Pemilik Polisi** pada bila-bila masa dengan memberikan notis bertulis kepada **Kami**, dan dengan syarat tiada tuntutan dibuat dalam **Tahun Polisi** semasa. **Pemilik Polisi** layak menerima bayaran balik premium seperti yang berikut:

Tempoh Tidak Boleh Melebihi	Bayaran Balik Premium Tahunan
15 hari (untuk pembaharuan sahaja)	90%
1 bulan	80%
2 bulan	70%
3 bulan	60%
4 bulan	50%
5 bulan	40%
6 bulan	30%
7 bulan	25%
8 bulan	20%
9 bulan	15%
10 bulan	10%
11 bulan	5%
Tempoh melebihi 11 bulan	Tiada bayaran balik

Tidak akan ada bayaran balik premium untuk mod pembayaran bukan tahunan.

### 6) TUNAI SEBELUM PERLINDUNGAN

Adalah menjadi syarat mutlak khas kontrak insurans ini bahawa premium mesti dibayar dan diterima oleh **Kami** sebelum perlindungan insurans berkuatkuasa.

### 7) PENSIJILAN, MAKLUMAT DAN KETERANGAN

Semua sijil, maklumat, laporan dan bukti perubatan seperti yang dikehendaki oleh **Kami** hendaklah diserahkan atas belanja **Pemilik Polisi**, dan dalam borang tertentu yang mungkin dikehendaki oleh **Kami**. Semua notis apabila dikehendaki oleh **Kami** supaya diberikan oleh **Pemilik Polisi**, hendaklah secara bertulis dan dialamatkan kepada **Kami**. **Pemilik Polisi** hendaklah, atas permintaan dan belanja **Kami**, menyerahkan kepada pemeriksaan perubatan apabila ia dianggap perlu.

### 8) PROSEDUR TUNTUTAN

- (a) **Anda** hendaklah dalam tempoh tiga puluh (30) hari **Hilang Upaya** yang melibatkan belanja boleh tuntutan, memberikan notis bertulis kepada **Kami** dengan menyatakan butiran lengkap kejadian tersebut, termasuk semua bil dan resit asal, serta laporan lengkap **Pakar Perubatan** yang menyatakan diagnosis keadaan yang dirawat dan tarikh **Hilang Upaya** bermula mengikut pendapat **Pakar Perubatan** dan rumusan kos rawatan oleh **Pakar Perubatan** termasuk ubat dan khidmat yang diberikan. Kegagalan memberikan notis tersebut dalam tempoh yang dibenarkan tidak boleh membatalkan apa-apa tuntutan jika ditunjukkan tidak munasabah untuk memberikan notis itu dan notis itu telah diberikan secepat yang mungkin.
- (b) **Anda** hendaklah mendapatkan dan bertindak berdasarkan nasihat perubatan yang sewajarnya dan **Kami** tidak bertanggungjawab jika rawatan atau khidmat diperlukan berikutan kegagalan **Anda** berbuat demikian.

### 9) BAYARAN BERSAMA (polisi sub-standard sahaja)

Bayaran Bersama ditanggung oleh **Pemilik Polisi** dengan syarat perkongsian kos atau terma insurans bersama tidak boleh melebihi dua puluh peratus (20%) daripada perbelanjaan yang boleh dituntut (i.e. tidak termasuk **Penolakan**) bagi setiap **Hilang Upaya**, tertakluk kepada had maksimum mutlak Ringgit Malaysia Tiga Ribu (RM 3,000) (termasuk **Penolakan**) setiap **Hilang Upaya**. Had yang dinyatakan di atas tidak terpakai untuk Bayaran Bersama Bilik dan Makan Dinaikkan dan polisi yang memperuntukkan **Had Tahunan Keseluruhan** melebihi Ringgit Malaysia Seratus Ribu (RM 100,000).

### 10) PRASARAT LIABILITI

Pematuhan dan pelaksanaan terma, peruntukan dan syarat Polisi ini dengan sewajarnya oleh **Anda** dan selagi berkaitan dengan apa-apa yang perlu dilakukan atau dipatuhi oleh **Anda** hendaklah menjadi prasyarat apa-apa liabiliti **Kami**.

### 11) SUMBANGAN

Jika **Anda** mempunyai insurans lain yang melindungi mana-mana **Penyakit** atau **Kecederaan** oleh Polisi ini, **Kami** tidak bertanggungjawab membayar jumlah yang lebih besar bagi **Penyakit** atau **Kecederaan** itu daripada jumlah yang terpakai bersama-sama ini yang ditanggung oleh Polisi ini bagi jumlah keseluruhan semua insurans yang sah yang melindungi **Penyakit** atau **Kecederaan** itu.

## 12) TEMPOH BERTENANG

Jika Polisi ini telah dikeluarkan dan atas apa-apa alasan, **Pemilik Polisi** membuat keputusan untuk tidak mengambil Polisi, **Pemilik Polisi** boleh mengembalikan Polisi ini kepada **Kami** untuk pembatalan dengan syarat permohonan untuk pembatalan diserahkan oleh **Pemilik Polisi** kepada **Kami** dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh penyerahan Polisi. **Pemilik Polisi** layak menerima pulangan penuh premium yang telah dibayar tolak belanja perubatan yang ditanggung oleh **Kami** untuk mengeluarkan Polisi tersebut. Sekiranya tuntutan telah dibuat, premium tidak akan dipulangkan.

## 13) MATA WANG BAYARAN

Semua bayaran di bawah Polisi ini hendaklah dibuat dalam mata wang Malaysia yang sah. Sekiranya apa-apa bayaran yang diminta oleh **Anda** supaya dibayar dalam mata wang lain, maka jumlah tersebut hendaklah dibayar dalam mata wang yang diminta seperti yang boleh dibeli di Malaysia pada kadar pasaran mata wang semasa pada tarikh penyelesaian tuntutan.

## 14) KEWAJIPAN PENDEDAHAN

Kontrak Insurans Pengguna – Apabila **Pemilik Polisi** telah memohon Insurans ini sepenuhnya untuk tujuan diri sendiri/keluarga/tanggungan, **Pemilik Polisi** mempunyai kewajiban untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam Borang Cadangan (atau semasa cadangan Insurans ini). Dalam kata lain, **Pemilik Polisi** haruslah menjawab soalan dengan penuh dan tepat. Kegagalan dalam mengambil langkah munasabah dalam menjawab soalan-soalan boleh mengakibatkan pembatalan kontrak Insurans, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan kepada terma atau penamatan kontrak Insurans **Pemilik Polisi** selaras dengan remedi di Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013. **Pemilik Polisi** juga dikehendaki mendedahkan perkara-perkara lain yang **Pemilik Polisi** tahu akan mempengaruhi keputusan **Kami** dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang akan dikenakan. **Pemilik Polisi** juga mempunyai kewajiban untuk memberitahu **Kami** dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak Insurans **Pemilik Polisi** ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan **Kami**, apa-apa maklumat yang diberikan di dalam Borang Cadangan (atau semasa cadangan Insurans ini) tidak tepat atau telah berubah.

Kontrak Insurans Bukan Pengguna – Apabila **Pemilik Polisi** telah memohon Insurans ini untuk memberi manfaat Insurans perubatan kepada pekerja **Pemilik Polisi** dan tanggungan mereka, **Pemilik Polisi** mempunyai tanggungjawab untuk mendedahkan apa-apa perkara yang **Pemilik Polisi** tahu yang akan mempengaruhi keputusan **Kami** dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang akan dikenakan, dan apa-apa perkara yang munasabah yang boleh dijangka, jika tidak ia boleh menyebabkan pembatalan kontrak Insurans, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak Insurans **Pemilik Polisi**. **Pemilik Polisi** juga mempunyai kewajiban untuk memberitahu **Kami** dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak Insurans **Pemilik Polisi** ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan **Kami**, apa-apa maklumat yang diberikan di dalam Borang Cadangan (atau semasa **Pemilik Polisi** memohon untuk Insurans ini) tidak tepat atau telah berubah.

## 15) PENGECUALIAN (BERKENAAN DENGAN SEKSYEN A & SEKSYEN B)

Kontrak ini tidak melindungi apa-apa **Penghospitan Pembedahan** atau bayaran yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung, sepenuhnya atau sebahagiannya, oleh mana-mana satu (1) kejadian yang berikut:

1. **Penyakit Sedia Ada.**
2. **Penyakit Tertentu** yang wujud dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama bagi perlindungan berterusan.
3. **Tempoh Tangguh** tiga puluh (30) hari untuk semua kecuali **Kecederaan Kemalangan**.
4. **Pembedahan** pilihan kosmetik atau plastik kecuali **Pembedahan** pembentukan semula diperlukan untuk memulihkan fungsi selepas **Kemalangan** yang berlaku dalam tempoh insurans.
5. Pemeriksaan mata, cermin mata, kanta sentuh dan prosedur pembedahan untuk pembetulan ralat refraktif mata dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik pembetulan seperti anggota tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.
6. Penyakit pergigian termasuk rawatan pergigian atau **Pembedahan** oral kecuali apabila diperlukan kerana **Kecederaan** akibat **Kemalangan** pada gigi asli yang sihat yang berlaku sepenuhnya dalam **Tempoh Insurans**.
7. Penjagaan peribadi, rehat pulih atau jagaan kebersihan, apa-apa rawatan yang diterima semata-mata sebagai **Penghospitan Pesakit Luar** terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis, pemeriksaan sinar-x, pemeriksaan fizikal atau perubatan am, tidak berkaitan dengan rawatan atau diagnosis **Hilang Upaya** yang dilindungi yang tidak **Perlu Dari Segi Perubatan** dan apa-apa rawatan pencegahan, ubat atau pemeriksaan pencegahan yang dijalankan oleh **Pakar Perubatan** dan rawatan khusus untuk mengurangkan atau menaikkan berat badan.
8. Apa-apa rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.
9. Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, menggugurkan kandungan dan jagaan serta **Pembedahan** pranatal atau posnatal, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketaksuburan, menukar jantina, disfungsi seksual termasuk impotensi, ujian atau rawatan berkaitan pensterilan dan khatan dilakukan disebabkan apa-apa sebab selain daripada **Penyakit** atau jangkitan.
10. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau **Kecederaan** diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.
11. **Peperangan** atau apa-apa tindakan perang, diisytiharkan atau tidak diisytiharkan, aktiviti jenayah atau penganas, bergiat cergas dalam mana-mana angkatan bersenjata, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan dan kekecohan awam atau penderhakaan tentera.
12. Sekatan – **Kami** tidak akan dianggap memberikan perlindungan atau akan membuat apa-apa bayaran atau memberikan apa-apa perkhidmatan atau manfaat kepada mana-mana **Pemilik Polisi**, **Anda** atau pihak lain setakat perlindungan, pembayaran, perkhidmatan, manfaat itu akan melanggar mana-mana perdagangan atau ekonomi yang berkenaan undang-undang atau peraturan sekatan.
13. Rawatan untuk sebarang keadaan perubatan yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari pencemaran radioaktif atau apa-apa bahan nuklear, termasuk pembakaran bahan api nuklear.
14. Belanja yang ditanggung untuk menderma mana-mana organ tubuh oleh **Anda** dan kos pemerolehan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma ketika transplan organ dan komplikasinya.
15. Penyiasatan ke atas dan rawatan gangguan tidur dan dengkur, gangguan psikiatri, psikotik, gangguan mental atau saraf, termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya, gangguan psikiatri seperti neuro-psikosis, skizofrenia dan lain-lain.
16. Terapi penggantian hormon dan terapi pilihan seperti rawatan, khidmat atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada khidmat kiropraktik, akupunktur, akutekalan, refleksologi, pengikatan tulang, rawatan pakar herba, urut atau aroma terapi.
17. Jagaan atau rawatan yang pembayarannya tidak dikehendaki atau setakat yang ia dibayar oleh mana-mana pihak insurans lain atau tanggung rugi yang melindungi **Anda** dan **Hilang Upaya** yang timbul daripada tugas dalam pekerjaan atau kerjaya yang dilindungi di bawah Kontrak Insurans Pampasan Pekerja.
18. Psikotik, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).
19. Kos / belanja bagi khidmat yang bersifat bukan perubatan, seperti televisyen, telefon, khidmat teleks, radio atau kemudahan yang serupa, kit/pek kemasukan dan barang bukan perubatan lain yang tidak layak.
20. **Sakit** atau **Kecederaan** yang timbul daripada apa-apa jenis perlumbaan (kecuali perlumbaan jalan kaki), sukan berbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjun udara, luncur air, aktiviti dalam air yang memerlukan alat pernafasan, sukan musim sejuk, sukan profesional,



- mendaki gunung dengan menggunakan tali atau panduan gunung dan aktiviti yang tidak dibenarkan.
21. Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.
  22. Wabak dan/atau pandemik.

#### 16) PENGECEUALIAN (BERKENAAN DENGAN SEKSYEN C – Manfaat a)

**Kami** tidak akan bertanggungjawab terhadap tuntutan yang secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh atau berpunca daripada:

1. Penglibatan atau penyertaan **Anda** dalam:-
  - a) Anggota berpakaian seragam dan bersenjata, perkhidmatan atau operasi angkatan tentera laut atau udara;
  - b) Sukan profesional, sukan musim sejuk selain daripada meluncur ais;
  - c) Memanjat batu atau mendaki gunung (dengan keperluan penggunaan tali atau pemandu gunung), meneroka gua, seni mempertahankan diri atau tinju, aktiviti dalam air yang melebihi lima puluh (50) meter dalam, aktiviti udara termasuk payung terjun, peluncuran gantung, terjun bungee atau sebarang jenis perlumbaan selain daripada yang menggunakan kaki;
  - d) Perjalanan udara kecuali sebagai penumpang yang membayar tambang dalam penerbangan yang diiktiraf dan dioperasikan oleh mana-mana pesawat di laluan dan perjalanan udara yang dijadualkan dan perjalanan udara oleh mana-mana pesawat yang disewa dan dilesenkan dengan sewajarnya sebagai pengangkut udara yang diiktiraf dan diterbangkan oleh krew profesional di antara lapangan terbang yang ditubuhkan dan dikendalikan dengan betul;
  - e) Perbuatan jenayah atau sebarang kegiatan haram.
2. Dipengaruhi oleh alkohol atau dadah, kecuali dadah tersebut diambil atas arahan **Pakar Perubatan** dengan syarat arahan tersebut bukan untuk merawat penagihan dadah.
3. Pembunuhan atau serangan akibat provokasi, sengaja mencederakan diri sendiri, membunuh diri atau cubaan membunuh diri atau sebarang percubaan untuk berbuat demikian sama ada dalam keadaan siuman atau tidak siuman.
4. Kehamilan, kelahiran anak, keguguran.
5. Gigitan nyamuk.
6. **Sakit, Wabak** atau sebarang masalah kesihatan.
7. **Penyakit Sedia Ada.**
8. Sengaja mendedahkan diri kepada bahaya yang luar biasa (kecuali dalam usaha untuk menyelamatkan nyawa manusia).
9. HIV (Virus Kurang Daya Ketahanan Manusia) dan/atau sebarang penyakit berkaitan dengan HIV termasuk AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit) atau Kompleks Berkaitan AIDS (ARC), namun disebabkan dan/atau sebarang derivatif mutan, variasi atau rawatan yang disebabkan olehnya.
10. Penyertaan secara langsung dalam rusuhan atau kekecohan awam, pencerobohan, tindakan musuh asing, permusuhan (sama ada **Peperangan** diisytiharkan atau tidak), pemberontakan, revolusi, kebangkitan, pemberontakan tentera atau rampasan kuasa.
11. Radiasi pengionan atau pencemaran oleh aktiviti radio dari sebarang bahan api nuklear atau dari sebarang sisa nuklear daripada pembakaran bahan api nuklear. Bagi tujuan pengecualian ini, pembakaran hendaklah termasuk sebarang proses pembelahan nuklear sendiri.
12. **Peperangan, Peperangan** saudara – sama ada diisytiharkan atau tidak.
13. Sebarang **Tindakan Keganasan.**
14. Sekatan - **Kami** tidak akan memberi perlindungan atau membuat apa-apa bayaran atau memberikan apa-apa perkhidmatan atau manfaat kepada **Pemilik Polisi, Anda** atau pihak lain setakat perlindungan, pembayaran, perkhidmatan dan manfaat yang mana akan melanggar mana-mana undang-undang atau peraturan sekatan perdagangan atau ekonomi yang berkenaan (juga berkenaan bagi Seksyen C – Manfaat c).
15. Wabak dan/atau pandemik (juga berkenaan bagi Seksyen C – Manfaat c).

#### 17) PEMBAYARAN BALIK PENUH BAGI HOSPITAL KERAJAAN

Bayaran untuk belanja perubatan yang layak adalah dilindungi secara penuh untuk rawatan di **Hospital Kerajaan Malaysia** untuk setiap **Penyakit** atau **Kecederaan**.

#### 18) SYARAT-SYARAT AM

Polisi ini dan Jadual Manfaat hendaklah dibaca bersama sebagai satu kontrak dan sebarang perkataan atau pernyataan yang disertakan dengan makna khusus dalam mana-mana bahagian Polisi atau Jadual hendaklah membawa makna khusus yang sama di mana juga ia digunakan.

#### 19) WILAYAH PASARAN GEOGRAFI

Semua manfaat yang disediakan dalam Polisi ini terpakai dua puluh empat (24) jam sehari di seluruh dunia. Jika **Anda** bukan warganegara Malaysia, lindungan **Anda** akan terhad kepada **Hospital** di Malaysia sahaja.

#### 20) TEMPOH IHSAN

Walaupun terdapat syarat Tunai Sebelum Perlindungan, Tempoh Ihsan selama empat belas (14) hari dari tarikh premium perlu dibayar dibenarkan untuk bayaran sebarang premium. Dalam tempoh empat belas (14) hari tersebut, **Kami** akan bertanggungjawab jika pada akhir tempoh berkenaan, premium telah dibayar. Jika sebarang premium Polisi tidak dibayar sebelum akhir tempoh ihsan, Kontrak Polisi akan dianggap telah ditamatkan pada tarikh luput Polisi.

#### 21) UNDANG-UNDANG YANG MENGAWAL POLISI

Polisi ini dikeluarkan di bawah undang-undang Malaysia dan tertakluk dan dikawal oleh undang-undang lazim di Malaysia.

#### 22) NOTIS PENTING

**Kami** ingin **Anda** mengambil perhatian terhadap maklumat penting yang berikut:

- (a) Bukti umur dikehendaki pada masa polisi matang/tuntutan, jika umur belum dimaklumkan.
- (b) **Anda** boleh menghubungi Ejen, Pegawai Cawangan, Bahagian Perkhidmatan Pelanggan di Ibu Pejabat **Kami** bagi sebarang pertanyaan atau perkhidmatan berkaitan dengan polisi **Anda**.
- (c) Pertukaran alamat **Pemilik Polisi** harus dimaklumkan kepada **Kami** supaya semua urusan surat-menyurat boleh diuruskan dengan segera.

#### 23) TUNTUTAN TIDAK LENGKAP

Semua tuntutan hendaklah diserahkan kepada **Kami** dalam tempoh tiga puluh (30) hari setelah kejadian itu selesai yang untuknya tuntutan itu dibuat. Tuntutan tidak dianggap lengkap dan manfaat layak diterima tidak akan dibayar kecuali semua bil untuk tuntutan itu telah diserahkan dan dipersetujui oleh **Kami**. Hanya kos sebenar yang ditanggung akan dipertimbangkan untuk pembayaran balik. Apa-apa perbezaan atau penepian bagi perkara di atas adalah mengikut budi bicara **Kami** semata-mata.

#### 24) PROSIDING UNDANG-UNDANG

Tindakan undang-undang atau ekuiti tidak boleh dibawa ke mahkamah untuk mendapatkan semula Polisi ini sebelum tamat tempoh enam

poluh (60) hari selepas bukti bertulis tentang kerugian diberikan menurut keperluan Polisi ini. Jika **Anda** gagal memberikan bukti kerugian yang diperlukan seperti yang dinyatakan oleh terma, peruntukan dan syarat Polisi, maka **Anda** boleh, dalam tempoh ihsan bagi satu (1) tahun kalendar dari masa bukti bertulis bagi kerugian itu diberikan, menyerahkan bukti kerugian yang berkaitan kepada **Kami** dengan alasan yang kukuh atas kegagalan mematuhi terma, peruntukan dan syarat Polisi. Penerimaan bukti kerugian itu adalah semata-mata dan sepenuhnya mengikut budi bicara **Kami**. Selepas tempoh ihsan itu tamat, **Kami** tidak akan menerima, walau dengan apa-apa alasan sekalipun, bukti bertulis tentang kerugian itu.

## 25) PEMERIKSAAN PERUBATAN

**Kami** berhak untuk memeriksa tubuh **Anda** bilamana ia perlu secara munasabah dan melakukan bedah siasat dalam kes kematian yang mana ia tidak dilarang oleh undang-undang.

## 26) SILAP NYATA UMUR

Jika umur **Anda** telah tersilap nyata dan akibatnya premium yang dibayar tidak mencukupi, maka apa-apa tuntutan yang dibayar di bawah Polisi ini hendaklah dikira secara pro rata berasaskan nisbah premium sebenar yang dibayar dengan premium yang betul yang sepatutnya dikenakan selama setahun. Apa-apa premium yang berlebihan, yang mungkin telah dibayar akibat silap nyata umur, hendaklah dibayar balik tanpa faedah. Jika pada umur yang betul, sekiranya **Anda** tidak layak dilindungi di bawah Polisi ini, maka tiada manfaat akan dibayar.

## 27) SALAH NYATA ATAU TIDAK MENYATAKAN FAKTA PENTING

Jika:

- (a) sebarang jawapan, pendedahan atau pernyataan oleh **Pemilik Polisi**, sebelum kontrak insurans ini bermula, dipelbagai atau diperbaharui, dalam atau pada mana-mana cadangan atau perisytiharan atau pertanyaan, telah dinyatakan dengan salah secara sengaja atau dengan cuai; atau
  - (b) sebelum kontrak insurans ini bermula, dipelbagai atau diperbaharui, **Pemilik Polisi** gagal memdedahkan sebarang fakta yang **Pemilik Polisi** tahu berkaitan dengan keputusan **Kami** samada untuk menerima risiko atau tidak, serta kadar dan syarat-syarat terpakai; atau
  - (c) sebarang tuntutan dibuat yang didapati palsu atau ditokok tambah, atau terdapat sebarang pengisytiharan atau kenyataan palsu dalam menyokong tuntutan tersebut.
- maka dalam sebarang kes di atas, Polisi ini akan terbatal.

## 28) DISKAUN BERKUMPULAN ORANG YANG DIINSURANSKAN

Sekiranya **Pemilik Polisi** membeli polisi untuk beberapa **Orang Yang Diinsuranskan** yang merupakan **Ahli-ahli Keluarganya**, Diskaun Berkumpulan Orang Yang Diinsuranskan akan diguna pakai. Peratus Diskaun Berkumpulan Orang Yang Diinsuranskan bergantung pada jumlah **Orang Yang Diinsuranskan** seperti dinyatakan dalam **Jadual Polisi**. Diskaun Berkumpulan Orang Yang Diinsuranskan adalah tidak terkumpul dan sekiranya berlaku perubahan dalam jumlah **Orang Yang Diinsuranskan**, Diskaun Berkumpulan Orang Yang Diinsuranskan akan diubah semula.

## 29) NOTIS

Setiap notis atau komunikasi kepada **Kami** hendaklah dibuat secara bertulis dan dihantar kepada **Kami**. Pindaan bagi syarat dalam Polisi ini atau apa-apa pengendorsan padanya, tidak sah kecuali pindaan itu ditandatangani atau diparap oleh wakil **Kami** yang diberi kuasa.

## 30) RAWATAN LUAR NEGARA

Jika **Anda** menerima rawatan di **Luar Negara**, manfaat berkenaan rawatan tersebut akan dilindungi tertakluk kepada pengecualian, had dan peruntukan yang dinyatakan dalam Polisi ini dan semua manfaat akan dibayar berdasarkan kadar pertukaran rasmi pada **Hari** terakhir tempoh dimasukkan ke **Hospital** dan tidak termasuk kos pengangkutan ke tempat rawatan sekiranya:

- (a) **Anda** melancong ke luar negara atas sebab selain daripada rawatan perubatan, perlu dimasukkan ke **Hospital** di luar Malaysia akibat **Kecemasan**; atau
- (b) **Anda** dicadangkan oleh **Pakar Perubatan** dan perlu dipindahkan ke **Hospital** di luar Malaysia kerana rawatan khusus, bantuan, maklumat atau keputusan yang dikehendaki tidak boleh diberikan, dikemukakan atau diambilkan di Malaysia.

Rawatan di **Luar Negara** untuk **Wabak**, **Sakit** atau **Kecederaan** yang didiagnosis di Malaysia dan bukan kecemasan atau dalam keadaan kronik yang mana rawatan boleh ditangguhkan sewajarnya sehingga pulang ke Malaysia hendaklah dikecualikan.

## 31) PEMILIKAN POLISI

Kecuali diperuntukkan sebaliknya secara nyata melalui Endorsemen dalam Polisi, **Kami** berhak menganggap **Pemilik Polisi** sebagai pemilik mutlak Polisi. **Kami** tidak terikat untuk mengiktiraf apa-apa tuntutan ekuiti atau tuntutan lain ke atas Polisi atau kepentingan dalam Polisi, dan penerimaan Polisi atau Manfaat oleh **Pemilik Polisi** (atau oleh wakilnya yang sah atau yang diberi kuasa) sahaja hendaklah merupakan pelepasan efektif bagi semua obligasi dan liabiliti **Kami**. **Pemilik Polisi** hendaklah dianggap sebagai prinsipal atau ejen bertanggungjawab bagi **Anda** yang dilindungi di bawah Polisi ini.

## 32) TEMPOH PERLINDUNGAN DAN PEMBAHARUAN

Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan **Pemilik Polisi** tertakluk kepada terma, syarat dan penamatan pada setiap tarikh ulangtahun Polisi. Premium pembaharuan yang dibayar tidak dijamin dan **Kami** berhak menentukan premium yang berkuatkuasa pada masa pembaharuan. Perubahan berkenaan jika ada, adalah terpakai untuk semua **Pemilik Polisi** walau apa pun rekod tuntutan mereka mengikut penilaian risiko **Kami**.

Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan **Pemilik Polisi** sehingga berlaku mana-mana berikut:

- (a) premium tidak dibayar atau premium tidak dibayar mengikut masa
- (b) penipuan atau salah nyataan fakta penting semasa membuat permohonan
- (c) polisi dibatalkan atas permintaan **Pemilik Polisi**
- (d) **Anda** meninggal dunia
- (e) **Anda** mencapai had umur perlindungan yang ditentukan
- (f) penamatan perlindungan semua polisi dalam pasaran tertentu dan **Kami** menarik balik Polisi ini sepenuhnya dari pasaran menurut Syarat Penarikan Balik Portfolio.

## 33) SYARAT PENARIKAN BALIK PORTFOLIO

**Kami** berhak membatalkan portfolio secara keseluruhan jika **Kami** memutuskan untuk menghentikan produk insurans ini. Pembatalan portfolio secara keseluruhan hendaklah diberitahu melalui notis bertulis yang munasabah terlebih dahulu dengan alasan yang sah kepada **Pemilik Polisi** dan **Kami** akan menanggung semua polisi hingga ke tarikh tamat tempoh perlindungan dalam portfolio.

### 34) PREMIUM

Ketika **Tempoh Insurans**, premium untuk insurans di bawah Polisi ini adalah tidak dijamin dan adalah berasaskan kadar premium yang berkuatkuasa ketika pembaharuan. Premium perlu dibayar pada kadar premium mengikut umur setiap ahli pada tarikh lahir yang berikutnya pada setiap ulangtahun **Tahun Polisi**. **Kami** berhak untuk mengubah kadar pada mana premium dikira, pada permulaan mana-mana **Tahun Polisi**, dengan syarat bahawa **Kami** memberitahu **Pemilik Polisi** sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari sebelum tarikh premium tersebut perlu dibayar.

### 35) BUKTI KERUGIAN

Setelah menerima notis berkaitan, **Kami** akan menyediakan borang kepada Pembuat Tuntutan bagi mengemukakan bukti kerugian. Jika borang tidak disediakan dalam masa lima belas (15) hari, Pembuat Tuntutan dengan mengemukakan bukti secara bertulis mengenai kejadian, bentuk dan tahap kerugian untuk tuntutan yang dibuat akan dianggap telah memenuhi keperluan mengikut peruntukan in.

Bukti kerugian mesti dikemukakan kepada **Kami** bagi kes tuntutan **Hilang Upaya**, dalam masa sembilan puluh (90) hari selepas tamat tempoh **Hilang Upaya** yang mana **Kami** bertanggungjawab, dan dalam kes tuntutan mana-mana kerugian lain, dalam masa sembilan puluh (90) hari dan selepas tarikh kerugian tersebut.

### 36) PENGEMBALIAN SEMULA

Jika **Anda** tidak membayar premium dalam tempoh ihsan dan polisi ini telah luput, **Anda** tidak akan mempunyai apa-apa perlindungan insurans atau manfaat.

Sekiranya polisi luput, **Anda** boleh memohon untuk mengembalikan semula polisi ini dalam masa satu (1) tahun selepas tarikh premium patut dibayar yang tidak dijelaskan. Walau bagaimanapun, **Anda** mesti:

- (a) melengkapkan dan menandatangani borang pengembalian semula;
- (b) memperakui dengan jujur kesemua fakta di dalam borang pengembalian semula;
- (c) menyediakan semua maklumat (jika ada) yang telah **Kami** minta; dan
- (d) membayar semua tunggakan premium.

### 37) TINGGAL DI LUAR NEGARA

Tiada manfaat akan dibayar untuk apa-apa rawatan perubatan yang diterima oleh **Anda** di luar Malaysia, jika **Anda** tinggal atau membuat perjalanan di luar Malaysia lebih daripada sembilan puluh (90) hari berturut-turut.

### 38) SUBROGASI

Jika **Kami** bertanggungjawab untuk membuat apa-apa bayaran di bawah Polisi ini, **Kami** hendaklah mensubrogasi setakat bayaran itu ke atas semua hak dan remedi bagi **Anda** terhadap mana-mana pihak dan berhak atas belanjanya sendiri membuat dakwaan atas perintah **Anda**. **Anda** hendaklah memberikan atau mengarahkan agar diberikan kepada **Kami** semua bantuan seumpamanya yang di bawah kuasanya seperti yang mungkin dikehendaki oleh **Kami** untuk menjamin hak dan remedi dan atas permintaan **Kami** hendaklah melaksanakan atau menyebabkan dilaksanakan semua dokumen yang perlu bagi membolehkan **Kami** mengambil tindakan guaman secara berkesan atas perintah **Anda**.

### 39) PENGAMBILALIHAN POLISI

Jika polisi ini bermula sebaik sahaja selepas penamatan polisi terdahulu dan jika **Anda** mengalami **Hilang Upaya** perubatan sebelum atau pada masa polisi ini bermula (dan manfaat di bawah polisi terdahulu disediakan untuknya), **Anda** hendaklah terus dilindungi bagi **Hilang Upaya** sedia ada, tetapi tidak melebihi had polisi terdahulu dengan syarat **Kami** telah memperoleh satu salinan polisi terdahulu.

### 40) POLISI DITINGKATKAN

Jika Manfaat Layak Diterima bagi pihak **Anda** di bawah syarat Polisi ini ditambah semasa ia berkuat kuasa atau pada masa Pembaharuan atau penggantian dan jika **Anda** mengalami **Hilang Upaya** sebelum atau pada masa Manfaat ditambah, maka Had Manfaat yang dibayar bagi **Hilang Upaya** itu tidak boleh melebihi Had Manfaat sebelum tarikh Manfaat itu ditingkatkan.

### 41) BAYARAN BERSAMA NAIK TARAF BILIK DAN MAKANAN

Jika **Anda** dimasukkan ke **Hospital** pada kadar Bilik dan Makanan yang lebih tinggi daripada manfaat yang **Anda** layak, **Anda** perlu membayar dua puluh peratus (20%) daripada perbelanjaan layak yang lain.

### 42) PERUNTUKAN CUKAI

Semua premium dan yuran yang perlu dibayar di bawah Polisi ini mungkin tertakluk kepada **Cukai**. Sekiranya **Cukai** dikenakan, ia akan dinyatakan dalam invois dan **Kami** berhak untuk menuntut atau mengutip **Cukai** daripada **Anda** sebagai tambahan kepada premium dan/atau yuran yang perlu dibayar di bawah Polisi ini.

43) Di mana konteksnya dibenarkan, perkataan yang menyatakan nombor tunggal sahaja hendaklah termasuk nombor majmuk dan sebaliknya dan perkataan yang menyatakan jantina maskulin sahaja hendaklah termasuk jantina feminin dan jantina neuter dan perkataan yang menyatakan orang hendaklah termasuk perbadanan.

### PENAMAAN

Penamaan bermaksud proses **Pemilik Polisi** melantik seorang atau lebih penerima wang polisi sekiranya berlaku kematian **Pemilik Polisi** (yang juga **Orang Yang Diinsuranskan**) dilakukan pada bila-bila masa selepas **Jadual Polisi** dikeluarkan. Sekiranya **Anda** ialah **Orang Yang Diinsuranskan**, **Anda** boleh membuat penamaan seorang atau lebih penerima wang polisi yang perlu dibayar di bawah **Jadual Polisi** ini. Jika **Pemilik Polisi** atau **Anda** meninggal dunia tanpa membuat penamaan, **Kami** akan membayar wang polisi kepada wasi atau pentadbir harta pusaka **Pemilik Polisi** atau **Anda** yang sah. Bayaran wang polisi adalah berdasarkan Akta Perkhidmatan Kewangan 2013.

### NOTIS DI BAWAH AKTA PERLINDUNGAN DATA PERIBADI 2010 (PDPA)

Akta Perlindungan Data Peribadi 2010 (seterusnya dirujuk sebagai "Akta"), yang mengawal selia pemprosesan data peribadi dalam transaksi komersial, berkuat kuasa ke atas Zurich General Insurance Malaysia Berhad (seterusnya dirujuk sebagai "**Kami**"). **Anda** boleh membuat pertanyaan, aduan, permintaan mengakses, mengemas kini, membetulkan atau mengubah mana-mana data peribadi, menghadkan pemprosesan data peribadi dan/atau untuk memilih keluar daripada penggunaan **Kami** pada bila-bila masa selepas ini dengan mengemukakan permintaan tersebut kepada **Kami** dengan menghantar e-mel ke [callcentre@zurich.com.my](mailto:callcentre@zurich.com.my). Permintaan untuk memilih keluar mesti menyatakan dengan jelas nama penuh, nombor dokumen pengenalan, nombor polisi, nombor telefon dan alamat orang yang membuat permintaan tersebut. Pemprosesan data peribadi **Anda** tertakluk kepada Notis Perlindungan Data Peribadi **Kami**, seperti yang diterbitkan di laman web korporat [www.zurich.com.my](http://www.zurich.com.my)

## PENTING

**Pemilik Polisi** hendaklah membaca Polisi ini dengan teliti, dan jika terdapat kesilapan atau salah keterangan ditemui di dalam ini, atau jika perlindungan tidak mengikut kehendak **Pemilik Polisi**, sila maklumkan kepada **Kami** dengan serta-merta dan Polisi dipulangkan untuk perhatian **Kami**.

## PROSEDUR UNTUK MEMBUAT ADUAN INSURANS

Sila semak Polisi insurans untuk memastikan ia memenuhi keperluan **Pemilik Polisi**.

Untuk mengelakkan salah faham, Polisi, **Jadual Polisi** dan sebarang pengendorsan yang dilampirkan di dalamnya hendaklah dibaca dengan teliti. Jika **Pemilik Polisi** mempunyai sebarang aduan atau rungutan berkaitan Polisi, sila hubungi ejen **Pemilik Polisi**, jika ada atau hubungi pejabat pengeluar **Kami**. **Kami** memberi jaminan bahawa aduan **Pemilik Polisi** akan diberi perhatian dengan segera. Sebagai syarikat insurans yang bertanggungjawab, **Kami** ingin memaklumkan **Pemilik Polisi** bahawa **Pemilik Polisi** juga boleh mengemukakan ketidakpuasan hati **Pemilik Polisi** kepada Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OFS) atau kepada Biro Perkhidmatan Pelanggan (BPP) atau Bank Negara Malaysia seperti yang disenaraikan di bawah.

## PROSEDUR MENGEMUKAKAN ADUAN KEPADA OFS

Jika **Pemilik Polisi** tidak berpuas hati dengan keputusan **Kami**, **Pemilik Polisi** boleh menulis surat kepada Pengantara dengan butir-butir mengenai pertikaian dan maklumat Polisi ini.

Jika keputusan Pengantara memihak kepada **Pemilik Polisi** berbanding **Kami**, **Pemilik Polisi** dikehendaki memaklumkan Pengantara sama ada **Pemilik Polisi** menerima atau menolak bayaran dalam tempoh (14) empat belas hari.

Jika **Pemilik Polisi** tidak setuju dengan bayaran tersebut, **Pemilik Polisi** boleh menolak keputusan Pengantara. **Pemilik Polisi** bebas untuk memulakan tindakan mahkamah terhadap **Kami** atau merujuk kes kepada Penimbangtaraan.

**Pemilik Polisi** boleh menghubungi **Kami** di:  
**Zurich General Insurance Malaysia Berhad**

Aras 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar,  
KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia  
Tel: 03-2109 6000  
Faks: 03-2109 6888  
Pusat Panggilan: 1-300-888-622  
Emel: callcentre@zurich.com.my

**Pemilik Polisi** boleh berhubung dengan OFS di:  
Ombudsman Perkhidmatan Kewangan  
(Dulu dikenali sebagai Biro Timbang Tara Kewangan)  
Tingkat 14, Blok Utama, Menara Takaful Malaysia,  
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman  
50000 Kuala Lumpur  
Tel: 603-2272 2811  
Faks: 603-2272 1577  
Emel: enquiry@ofs.org.my  
Laman web: www.ofs.org.my

## Prosedur mengemukakan aduan kepada Biro Perkhidmatan Pelanggan (BPP)

Sebagai alternatif, **Pemilik Polisi** juga boleh menyatakan ketidakpuasan hati terhadap pengendalian **Kami** dengan menulis surat kepada BPP untuk memberikan butiran aduan dan maklumat Polisi ini kepada:

### Pusat Perhubungan (BNMTELELINK)

Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (LINK)  
Bank Negara Malaysia,  
Peti Surat 10922, 50929 Kuala Lumpur.  
Tel: 1-300-88-5465 (1-300-88-LINK)  
(Luar Negara: +603-21741717)  
Faks: 03-2174 1515  
Emel: bnmtelelink@bnm.gov.my

### Zurich General Insurance Malaysia Berhad

No. Pendaftaran 201701035345 (1249516-V)  
Aras 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar,  
KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia  
Tel: 03-2109 6000  
Faks: 03-2109 6888  
Pusat Panggilan: 1-300-888-622  
www.zurich.com.my



The trademarks depicted are registered in the name of  
Zurich Insurance Company Ltd in many jurisdictions worldwide.

