

PRODUCT DISCLOSURE SHEET

(Please read this Product Disclosure Sheet before you decide to purchase the Z-MedProtect. Be sure to also read the policy wording terms and conditions.)

1. What is this product about?

This is a comprehensive Z-MedProtect policy that provides coverage for hospitalisation and surgical expenses incurred due to illnesses covered under this policy. It also provides coverage in the event of bodily injuries, disablement or death that happens unexpectedly.

2. What are the covers / benefits provided?

This product covers:

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%

Notes:

- For Section C – Accidental Death and Permanent Disablement, there are various types of Permanent Disablement as illustrated below:–

<i>Description of Disablement</i>	<i>Percentage of Sum Insured (%)</i>
Loss of Limbs (two limbs)	100%
Loss of four (4) fingers and thumb of one (1) hand	50%
Loss of toes – all phalanges	15%
Loss of Hearing – both ears	75%
Loss of Speech	50%

The Description of Disablement shown above is non-exhaustive. Please refer to the policy wording for full Table of Benefits under Section C – Accidental Death and Permanent Disablement.

- 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 of benefit “Accidental Death and Permanent Disablement” under Section C – Special Benefits. 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.
- Duration of cover is for one (1) year. You need to renew your insurance cover annually.
- Please refer to the policy wording for full benefits, terms and conditions under this product.

3. How much premium do I have to pay?

The total premium that you have to pay may vary depending on the plan you have selected. Please refer to “Z-MedProtect Annual Premium Table Sheet”. The premiums for this product are not guaranteed and shall be based on the premium rates in force at the time of renewal.

4. What are the fees and charges that I have to pay?

Type	Amount
• Commission	• 15% of premium
• Stamp duty	• RM 10.00
• *Tax (premium to be paid by individual or non-individual)	• 0% or 6% of premium

* All premiums and fees shown in this document may be subject to tax or other government levies.

5. What are some of the key terms and conditions that I should be aware of?

- Importance of disclosure** - You must disclose all material facts such as your medical condition, occupation, and state your age correctly.
- You are to disclose in the proposal form, fully and faithfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued may be invalidated.
- Consumer Insurance Contract** - Pursuant to Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this insurance wholly for yourself/family/dependants, you have a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in the Proposal Form (or when you apply for this insurance). You must answer the questions fully and accurately. Failure to take reasonable care in answering the questions may result in avoidance of your contract of insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your contract of insurance. The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us. In addition to answering the questions in the Proposal Form (or when you apply for this insurance), you are required to disclose any other matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied. You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in the Proposal Form (or when you applied for this insurance) is inaccurate or has changed.
- Non-Consumer Insurance Contract** - Pursuant to Paragraph 4(1) of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this insurance for the purpose of providing medical insurance benefits to your employees and their dependents, you have a duty to disclose any matter that you know 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 your contract of insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your contract of insurance. The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us. You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in the Proposal Form (or when you applied for this insurance) is inaccurate or has changed.

- **Cooling-off period** - You may cancel your policy by returning the policy to us within fifteen (15) days after the policy has been delivered to you. The premiums that you have paid (less any medical expenses incurred) will be refunded to you provided there is no claim incurred on the policy.
- **Waiting period** - The eligibility for benefits under this policy will only start thirty (30) days after the effective date of this policy except for accidental injuries occurring after the effective date of this policy. This shall not be applicable after the first year of cover. However, if the renewal premium is not paid within Grace Period, the Waiting Period will apply again.
- **Switching of Policy** - Please contact us or refer to our agents for the likely implications of switching policy from one Insurer to another or transferring from one type of insurance plan to another. For example, you may be subject to new terms and conditions of the new policy or of the new insurer.
- **Grace Period** - 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 before the end of the Grace Period, this Policy shall be deemed as terminated at the expiry date of the Policy.
- You may be required to undergo a medical examination or to submit medical reports to Us for Our underwriting process.
- **Upgraded Room and Board Co-payment** – You shall bear twenty percent (20%) of the other eligible benefits if you are hospitalised at a published Room & Board rate which is higher than Your eligible benefit.
- **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.
- **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.
- **Deductible** - The Policy is subject to a deductible amount which is stated in the Schedule of Benefit. Deductible means a monetary sum that shall be deducted from the Eligible Expenses 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.

Sample Premium Calculation:-

Lee is a 40 years old manager, a new customer to us, and wish to purchase Plan 4. He is a non-smoker, with occupation class 1, and opt for no deductible.

Total premium payable = RM 1,207 + RM 10 Stamp Duty
= RM 1,217

He would like to know what is the total premium payable if he chooses Deductible Option (C) - RM 10,000.

Total premium payable = RM 1,207 – (RM 1,207 x 30%) + RM 10 Stamp Duty
= RM 1,207 – RM 362.10 + RM 10 Stamp Duty
= RM 854.90

Sample Claims Calculation:-

Wong has a Z MediProtect policy of Plan 5 with us, with Deductible Option (B) - RM 5,000. She is involved in a heart disease surgery and incurred total eligible expenses amounting to RM 57,894.53.

We will reimburse the total eligible expenses accumulated per any one disability, in excess of the deductible amount.

Section	Eligible Expenses (RM)
Section A - Inpatient & Daycare Benefits	51,342.76
Less Deductible Option (B) - RM 5,000 (applicable for Section A only)	5,000.00
Eligible Expenses after Deductible	46,342.76
Section B - Outpatient Benefits	6,551.77
Section C - Special Benefits	Nil
Total Eligible Expenses	57,894.53
Z MedProtect pays	52,894.53
Wong pays	5,000.00

- **Multiple Insured Person Discount** - If the policyholder purchases 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. Family members shall mean your legal spouse(s), parents and child(ren).

Number of Insured Person (per policy)	Premium Discount
1	0%
2	5%
3 and above	10%

- **No Claim Bonus** – 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.

- **Period of Cover and Renewal** - You need to renew your insurance cover by paying the premium due. This Policy is renewable at the option of policyholder until the occurrence of any of the following:
 - on the date the Policy Schedule is cancelled; or
 - on Your death; or
 - on the next renewal date if **You** attain the maximum age limit at one hundred (100) years old; or
 - 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
- **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.
- **Eligibility:**
 - Age Limit – 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 the Insured Person's next birthday.
 - Insured Person must be a Malaysian or foreigner who has a valid work permit, student permit, permanent resident status or Malaysia My Second Home (MM2H) status.
 - Occupation class 1, 2 and 3 only

Note: This list is non-exhaustive. Please refer to the policy wording for full list of terms and conditions under this product.

6. What are the major exclusions under this product?

This contract does not cover any hospitalisation, surgery or charges incurred directly or indirectly, wholly or partly, by any one (1) of the following occurrences:

Section A – Inpatient & Daycare Benefits and Section B – Outpatient Benefits

- Pre-Existing Condition
- Specified Illnesses occurring during the first one hundred and twenty (120) days of continuous cover.
- Waiting Period of thirty (30) days for all except accidental injuries.
- Pregnancy, childbirth (including surgical delivery), miscarriage, abortion and prenatal or postnatal care.
- Epidemic and/or pandemic.

Section C – Special Benefits

- Pre-Existing Condition
- War, civil War
- Suicide while sane or insane
- Provoked Murder or Assault

Note: This list is non-exhaustive. Please refer to the policy wording for full list of exclusions under this product.

7. Can I cancel my policy?

You may cancel your policy 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. There shall be no refund of premium for policy which period exceeding eleven (11) months (please refer to policy wording for the short period rates).

8. What do I need to do if there are changes to my contact / personal details?

It is important that you inform us of any change in your contract details to ensure that all correspondences reach you in a timely manner. You can write to us at the address below or email us at: callcentre@zurich.com.my.

9. Where can I get further information?

Should you require additional information about medical and health insurance, please refer to the insuranceinfo booklet on 'Medical and Health Insurance', available at all our branches or you can obtain a copy from the insurance agent or visit www.insuranceinfo.com.my.

If you have any enquiries, please contact 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

10. Other types of Medical and Health insurance cover available:

Please ask your agent / intermediary for other similar type of products offered by us.

IMPORTANT NOTE:

YOU SHOULD SATISFY YOURSELF THAT THIS POLICY WILL BEST SERVE YOUR NEEDS. YOU SHOULD READ AND UNDERSTAND THE INSURANCE POLICY AND DISCUSS WITH THE AGENT OR CONTACT THE INSURANCE COMPANY DIRECTLY FOR MORE INFORMATION.

Zurich General Insurance Malaysia Berhad is licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia.

The information provided in this disclosure sheet is valid from 04 Nov 2020 until a revision is issued.

Note: In the event of discrepancy, ambiguity and conflict in interpreting any term or condition, the English version shall prevail and supersede the Bahasa Malaysia version.

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



LEMBARAN PENDEDAHAN PRODUK

(Sila baca Lembaran Pendedahan Produk ini sebelum anda membuat keputusan untuk membeli Z-MedProtect. Pastikan anda juga membaca terma dan syarat kontrak polisi.)

1. Apakah produk ini?

Ini adalah polisi komprehensif Z-MedProtect yang menyediakan perlindungan bagi perbelanjaan kemasukan ke hospital dan pembedahan yang ditanggung akibat daripada penyakit yang dilindungi di bawah polisi ini. Ia juga menyediakan perlindungan sekiranya berlaku kecederaan, hilang upaya atau kematian yang tidak disangka.

2. Apakah perlindungan / manfaat yang disediakan?

Produk ini melindungi:

Jadual Manfaat

Manfaat	Pelan 1	Pelan 2	Pelan 3	Pelan 4	Pelan 5
Had Tahunan Keseluruhan (RM) (untuk Seksyen A dan Seksyen B)	100,000	300,000	500,000	1,000,000	2,000,000
Bonus Tanpa Tuntutan	Pengurangan 10% atas premium pembaharuan (jika tiada tuntutan dibuat)				
Seksyen A – Manfaat Pesakit Dalam & Pembedahan Harian					
Bilik Hospital dan Makanan (RM)	100	150	180	200	500
	(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%

Nota:

- Untuk Seksyen C – Kematian dan Hilang Upaya Kekal Akibat Kemalangan, terdapat pelbagai jenis Hilang Upaya Kekal seperti yang ditunjukkan di bawah:–

Keterangan Hilang Upaya	Peratusan Jumlah Yang Diinsuranskan (%)
Kehilangan Anggota Badan (dua anggota badan)	100%
Kehilangan empat (4) jari dan satu (1) ibu jari di sebelah tangan	50%
Kehilangan jari kaki – semua falanks	15%
Kehilangan Pendengaran – kedua-dua belah telinga	75%
Kehilangan Upaya Bertutur	50%

Keterangan Hilang Upaya ditunjukkan di atas adalah tidak lengkap. Sila rujuk kepada kontrak polisi untuk jadual penuh di bawah Seksyen C – Kematian dan Hilang Upaya Kekal Akibat Kemalangan.

- 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 dari manfaat “Kematian dan Hilang Upaya Kekal Akibat Kemalangan” di bawah Seksyen C – Manfaat Khas. 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.
- Tempoh perlindungan adalah selama satu (1) tahun. Anda hendaklah memperbaharui perlindungan insurans anda setiap tahun.
- Sila rujuk kepada kontrak polisi untuk keterangan penuh atas manfaat, terma dan syarat yang terdapat dalam produk ini.

3. Berapakah premium yang perlu saya bayar?

Jumlah premium yang anda perlu bayar bergantung kepada pelan yang anda pilih. Sila rujuk kepada “Helaian Jadual Premium Tahunan Z-MedProtect”. Premium untuk produk ini adalah tidak dijamin dan adalah berasaskan kadar premium yang berkuatkuasa ketika pembaharuan.

4. Apakah yuran dan caj yang perlu saya bayar?

Jenis	Jumlah
• Komisen	• 15% daripada premium
• Duti Setem	• RM 10.00
• *Cukai (premium yang harus dibayar oleh individu atau bukan individu)	• 0% or 6% daripada premium

* Semua premium dan yuran yang ditunjukkan di dalam dokumen ini mungkin dikenakan cukai atau levi kerajaan yang lain.

5. Apakah terma dan syarat utama yang perlu saya berikan perhatian?

- Kepentingan pendedahan** - Anda mesti mendedahkan semua fakta penting seperti keadaan kesihatan, pekerjaan, dan nyatakan usia dengan betul.
- Anda perlu menyatakan dengan sepenuhnya dan sebenarnya dalam borang cadangan, kesemua fakta yang anda tahu atau sepatutnya tahu, jika tidak polisi yang dikeluarkan mungkin akan dibatalkan.
- Kontrak Insurans Pengguna** - Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggungan, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan (atau semasa memohon insurans ini). Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan tersebut dengan lengkap dan tepat. Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans anda, keengganan atau pengurangan gantirugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda. Kewajipan pendedahan di atas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah

atau diperbaharui dengan kami. Sebagai tambahan kepada soalan-soalan di dalam Borang Cadangan (atau semasa memohon insurans ini), anda dikehendaki untuk mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan. Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami (atau semasa permohonan insurans ini), apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan tidak tepat atau telah berubah.

- **Kontrak Insurans Komersial** - Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini untuk memberi manfaat insurans perubatan kepada pekerja dan tanggungan mereka, anda berkewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang 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 anda. Kewajipan pendedahan di atas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami. Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami (atau semasa permohonan insurans ini), apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan tidak tepat atau telah berubah.
- **Tempoh Bertenang** - Anda boleh membatalkan polisi anda dengan mengembalikan polisi ini kepada kami dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh penyerahan polisi. Premium yang telah dibayar (tolak belanja perubatan yang ditanggung) akan dikembalikan kepada anda dengan syarat tiada tuntutan yang telah dibuat ke atas polisi.
- **Tempoh Tangguh** - Kelayakan bagi manfaat di bawah polisi ini hanya akan bermula tiga puluh (30) hari selepas tarikh kuatkuasa polisi, kecuali bagi kecederaan akibat kemalangan yang berlaku selepas tarikh kuat kuasa polisi ini. Ini tidak terpakai selepas tahun pertama perlindungan. Walau bagaimanapun, jika premium pembaharuan tidak dibayar dalam Tempoh Ihsan, maka Tempoh Tangguh akan terpakai sekali lagi.
- **Penukaran Polisi** - Sila hubungi kami atau rujuk ejen anda mengenai kesan penukaran polisi daripada satu penyedia insurans kepada penyedia insurans yang lain atau mengubah jenis pelan insurans kepada yang lain. Sebagai contoh, anda mungkin akan dikenakan syarat-syarat dan peraturan polisi baru atau penyedia insurans baharu.
- **Tempoh Ihsan** - Tempoh ihsan selama empat belas (14) hari dari tarikh premium perlu dibayar dibenarkan untuk pembayaran sebarang premium setelah tahun polisi pertama. Dalam tempoh selama 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, polisi ini akan dianggap telah ditamatkan pada tarikh luput polisi.
- Anda mungkin diperlukan untuk menjalani pemeriksaan kesihatan atau mengemukakan laporan kesihatan kepada kami bagi proses taja jamin.
- **Bayaran Bersama Naik Taraf Bilik dan Makan** – Anda perlu membayar dua puluh peratus (20%) daripada perbelanjaan layak yang lain jika anda dimasukkan ke hospital pada kadar bilik & makan yang lebih tinggi daripada manfaat anda yang layak.
- **Bayaran Bersama** (polisi sub-standard sahaja) – Bayaran Bersama ditanggung oleh pemilik polisi dengan syarat perkongsian kos atau terma insurans bersama tidak melebihi dua puluh peratus (20%) daripada perbelanjaan yang boleh dituntut (i.e. tidak termasuk Penolakan) bagi setiap hilang upaya.
- **Tinggal di Luar Negara** - Tiada manfaat akan dibayar bagi sebarang rawatan perubatan yang diterima oleh anda di luar Malaysia, jika anda menetap atau mengembara di luar Malaysia selama lebih dari Sembilan puluh (90) hari secara berturut-turut.
- **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 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, perbelanjaan layak yang ditanggung tidak akan tertakluk kepada jumlah yang boleh ditolak.

Contoh Pengiraan Premium:-

Lee adalah seorang pengurus berusia 40 tahun, pelanggan baru kepada kami, dan ingin membeli Pelan 4. Dia tidak merokok, dengan kelas pekerjaan 1, dan tidak mengambil pilihan Penolakan.

Jumlah Premium yang perlu dibayar = RM 1,207 + RM 10 Duti Setem
= RM 1,217

Dia ingin mengetahui berapakah jumlah premium yang perlu dibayar sekiranya dia memilih Pilihan Penolakan (C) – RM 10,000.

Jumlah Premium yang perlu dibayar = RM 1,207 – (RM 1,207 x 30%) + RM 10 Duti Setem
= RM 1,207 – RM 362.10 + RM 10 Duti Setem
= RM 854.90

Contoh Pengiraan Tuntutan:-

Wong mempunyai polisi Z-MedProtect Pelan 5 dengan kami, dengan Pilihan Penolakan (B) - RM 5,000. Dia terlibat dalam pembedahan penyakit jantung dan menanggung perbelanjaan layak berjumlah RM 57,894.53.

Kami akan membayar balik jumlah perbelanjaan yang layak yang terkumpul bagi mana-mana satu hilang upaya, yang melebihi jumlah penolakan.

Seksyen	Perbelanjaan Layak (RM)
Seksyen A – Manfaat Pesakit Dalam & Pembedahan Harian	51,342.76
Tolak Pilihan Penolakan (B) - RM 5,000 (terpakai untuk Seksyen A sahaja)	5,000.00
Perbelanjaan Layak selepas Penolakan	46,342.76
Seksyen B – Manfaat Pesakit Luar	6,551.77
Seksyen C – Manfaat Khas	Tiada
Jumlah Perbelanjaan Layak	57,894.53
Z-MedProtect membayar	52,894.53
Wong membayar	5,000.00

- **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. Ahli keluarga bermaksud pasangan anda yang sah, ibu bapa dan anak-anak.

Jumlah Orang Yang Diinsuranskan (setiap polisi)	Diskaun Premium
1	0%
2	5%
3 dan ke atas	10%

- **Bonus Tanpa Tuntutan** – 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.
- **Tempoh Perlindungan dan Pembaharuan** – Anda perlu memperbaharui perlindungan insurans anda dengan membayar premium yang perlu dibayar. Polisi ini boleh diperbaharui atas pilihan pemilik polisi sehingga berlakunya perkara berikut:
 - o pada tarikh Jadual Polisi dibatalkan; atau
 - o ketika anda meninggal dunia; atau
 - o pada tarikh pembaharuan jika anda mencapai had umur maksimum seratus (100) tahun; atau
 - o 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.
- **Penarikan Balik Portfolio** - Kami berhak membatalkan portfolio secara keseluruhan jika kami memutuskan untuk menghentikan produk insurans ini. Pembatalan portfolio secara keseluruhan akan 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.
- **Kelayakan:**
 - o Had Umur – tiga puluh (30) hari hingga enam puluh lima (65) tahun, dan boleh diperbaharui sehingga seratus (100) tahun. Semua umur merujuk kepada umur orang yang diinsuranskan pada hari lahir berikutnya.
 - o Orang yang diinsuranskan mestilah warga Malaysia atau bukan warga Malaysia yang mempunyai permit kerja yang sah, permit pelajar, berstatus pemastautin tetap atau status Malaysia Rumah Keduaku (MM2H).
 - o Kelas pekerjaan 1, 2 dan 3 sahaja.

Nota: Senarai ini tidak lengkap. Sila rujuk kepada kontrak polisi untuk senarai penuh terma dan syarat yang terdapat di dalam produk ini.

6. Apakah pengecualian utama di dalam produk ini?

Produk ini tidak melindungi mana-mana penghospitalan, pembedahan atau bayaran yang disebabkan secara langsung, sepenuhnya atau sebahagiannya, oleh mana-mana satu (1) kejadian yang berikut:

Seksyen A – Manfaat Pesakit Dalam & Pembedahan Harian dan Seksyen B – Manfaat Pesakit Luar

- Penyakit Sedia Ada
- Penyakit Tertentu yang berlaku dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama perlindungan berterusan
- Tempoh Tangguh tiga puluh (30) hari untuk semua kecuali kecederaan kemalangan
- Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, menggugurkan kandungan dan jagaan serta pembedahan pranatal atau posnatum
- Wabak dan/atau pandemik

Seksyen C – Manfaat Khas

- Penyakit Sedia Ada
- Peperangan, Perang Saudara
- Bunuh Diri sama ada dalam keadaan siuman atau tidak siuman
- Pembunuhan atau Serangan disebabkan Provokasi

Nota: Senarai ini tidak lengkap. Sila rujuk kepada kontrak polisi untuk senarai penuh pengecualian yang terdapat di dalam produk ini.

7. Bolehkah saya membatalkan polisi ini?

Anda boleh membatalkan polisi ini pada bila-bila masa dengan memberi notis bertulis kepada kami, dan dengan syarat tiada tuntutan dibuat dalam tahun polisi semasa, pemilik polisi layak menerima bayaran balik premium. Tidak akan ada bayaran balik premium untuk polisi yang tempohnya melebihi sebelas (11) bulan (sila rujuk kepada kontrak polisi untuk kadar tempoh singkat).

8. Apa yang perlu saya lakukan jika terdapat perubahan dalam butiran maklumat / peribadi saya?

Adalah penting bagi anda untuk memaklumkan kepada kami tentang sebarang pertukaran dalam maklumat hubungan anda untuk memastikan semua surat-menyurat sampai kepada anda tepat pada masanya. Anda boleh menulis kepada kami menerusi alamat di bawah atau e-melkan kepada kami di callcentre@zurich.com.my.

9. Dari manakah saya boleh mendapatkan maklumat lanjut?

Sekiranya anda memerlukan maklumat lanjut mengenai Insurans perubatan dan kesihatan, sila rujuk buku insuransinfo bertajuk "Insurans Perubatan dan Kesihatan" yang terdapat di semua cawangan kami atau anda boleh mendapatkan satu salinan dari ejen Insurans atau layari www.insuranceinfo.com.my.

Sekiranya anda mempunyai sebarang pertanyaan, sila hubungi 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

10. Jenis perlindungan Insurance Perubatan dan Kesihatan lain yang disediakan:

Sila rujuk kepada ejen / perunding anda untuk jenis produk yang sama yang ditawarkan oleh kami.

NOTA PENTING:

ANDA HENDAKLAH MEMASTIKAN BAHAWA POLISI INI ADALAH YANG TERBAIK UNTUK KEPERLUAN ANDA. ANDA PERLU MEMBACA DAN MEMAHAMI POLISI INSURANS DAN BERBINCANG DENGAN EJEN ATAU HUBUNGI SYARIKAT INSURANS SECARA TERUS UNTUK MENDAPATKAN MAKLUMAT LANJUT.

Zurich General Insurance Malaysia Berhad adalah dilesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal selia oleh Bank Negara Malaysia.

Maklumat yang terkandung di dalam lembaran pendedahan produk ini sah mulai 04 Nov 2020 sehingga edisi semakan dikeluarkan.

Nota: Sekiranya terdapat percanggahan, kekaburan dan konflik dalam mentafsirkan sebarang terma atau syarat, versi Bahasa Inggeris akan diguna pakai dan menggantikan versi Bahasa Malaysia.

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

