

MEDISURE SUPREME INSURANCE POLICY

This **Policy** is issued in consideration of the payment of premium as specified in the Policy Schedule and pursuant to the answers given in **Your** Proposal Form (or when **You** applied for this insurance) and any other disclosures made by **You** between the time of submission of **Your** Proposal Form (or when you applied for this insurance) and the time this contract is entered into. The answers and any other disclosures given by **You** shall form part of this contract of insurance between **You** and **Us**. However, in the event of any pre-contractual misrepresentation made in relation to **Your** answers or in any disclosures given by **You**, 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 **You** and **Us**.

NOW THIS POLICY WITNESSETH that if during the period of insurance stated in the Policy Schedule attached hereto, any Sickness, Disease, Illness or accidental Injury necessitates the Insured Person to be confined to a Hospital for treatment, the Company shall subject to the terms, provisos, exclusions and conditions of and endorsed on this Policy, pay to the Insured Person or his legal representatives the sum or sums stated in the **Schedule of Benefits**.

PROVIDED always that

1. The liability of the Company shall not exceed the **Overall Annual Limit** and **Overall Lifetime Limit** as set out in the **Schedule of Benefits** for any one period of insurance for any one Insured Person and in compliance with the fee schedule – Professional Fee specified in the Thirteenth Schedule under Private Healthcare Facilities and Services ACT 1998 (Private Hospitals and Other Private Health Care Facilities) Regulations 2006 (herein referred to as the ACT).
2. This Policy shall become effective as of the date stated in the Policy Schedule. This Policy shall be issued for one year and at the end of each period of insurance may be renewed for another year subject to the consent of the Company.

DEFINITIONS

RELATING TO CONTRACTUAL DETAILS

1. **Policyholder** shall mean a person or a corporate body to whom the Policy has been issued in respect of cover for persons specifically identified as Insured Persons in this Policy.
2. **Insured Person/Insured** shall mean the person described in the Policy Schedule including his/her Dependent (if applicable).
3. **Person Eligible** means the **Insured Person** age between thirty (30) days to seventy (70) years (both age inclusive) and renewable up to one hundred (100) years.
4. **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 year period following the Renewal or Renewed Policy.
5. **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.
6. **Policy** shall mean this agreement together with any endorsements therein, signed by the Company, the Policy Schedule attached.
7. **Policy Schedule/Schedule of Benefits** means the schedule, which entails Insured Person name, address, benefits covered, effective date of insurance and other Insured Person's particulars which is attaching to and forming part of the Policy hereto and the application form of the Insured Person all of which constitute the entire contract between the parties.

RELATING TO INSURANCE COVER

1. **Accident** shall mean a sudden, unintentional, unexpected, unusual, and specific event that occurs at an identifiable time and place which shall, independently of any other cause, be the sole cause of bodily Injury.
2. **Injury** shall mean bodily Injury caused solely by Accident.
3. **Sickness, Disease or Illness** shall mean a physical condition marked by a pathological deviation from the normal healthy state.
4. **Disability** shall mean a Sickness, Disease, Illness or the entire Injuries arising out of a single or continuous series of causes.
5. **Any one disability** shall mean all of the periods of disability arising from the same cause including any and all complications there from except that if the Insured Person completely recovers 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.
6. **As Charged** refers to actual charges incurred for reasonable, necessary and customary medical care provided in the treatment of a covered Disability.
7. **Dependent** shall mean any of the following persons:
 - a) a legally married spouse below seventy (70) years at the time of first inclusion;
 - b) unmarried children over thirty (30) days old but under nineteen (19) years of age or twenty-three (23) years of age is still on full-time higher education, and who are not gainfully employed.
8. **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 a trauma which occurred after the date that the insured was continuously covered under this Policy.

9. **Eligible expenses** shall mean **Medically Necessary** expenses incurred due to a covered Disability but not exceeding the limits in the schedule.
10. **Medically Necessary** shall mean a medical service which is:-
- consistent with the diagnosis and customary medical treatment for a covered disability, and
 - in accordance with standards of good medical practice, consistent with current standard of professional medical care, and of proven medical benefits, and
 - not for the convenience of the Insured or the Physician, and unable to be reasonably rendered out of hospital (if admitted as an inpatient), and
 - not of an experimental, investigational or research nature, preventive or screening nature,
 - for which the charges are fair and reasonable and customary for the disability.
11. **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 sex and of comparable age for a similar sickness, Disease or Injury and in accordance with accepted medical standards and practice could not have been omitted without adversely affecting the Insured Person's medical condition. In Malaysia, Reasonable and Customary Charges shall be deemed to be those laid down in the Malaysian Medical Association's Schedule of Fees.
12. **Pre-Existing Illness** shall mean disabilities that the Insured Person has reasonable knowledge of. An Insured Person may be considered to have reasonable knowledge of a pre-existing condition where the condition is one for which:-
- the Insured Person had received or is receiving treatment;
 - medical advice, diagnosis, care or treatment has been recommended;
 - clear and distinct symptoms are or were evident; or
 - its existence would have been apparent to a reasonable person in the circumstances.
13. **Specified Illnesses** shall mean the following disabilities and its related complication, occurring within the first one hundred and twenty (120) days of Insurance of the **Insured Person**:
- Hypertension, diabetes mellitus and Cardiovascular disease
 - All tumours, cancers, cysts, nodules, polyps, stones of the urinary system and biliary system
 - All ear nose (including sinuses) and throat conditions
 - Hernias, haemorrhoids fistulae, hydrocele, varicocele
 - Endometriosis including disease of the Reproduction system
 - Vertebra-spinal disorders (including disc) and knee conditions.
14. **Hospital Confinement** shall mean the Insured Person being duly registered and admitted as an in-patient in a Hospital for more than twelve (12) hours.
15. **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 Hospital Confinement.
16. **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) hour 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.
17. **Out-Patient** shall mean the Insured Person is receiving medical care or treatment without being hospitalized and includes treatment in a Daycare centre.
18. **Waiting Period** shall mean the first thirty (30) days between the beginning of an Insured Person's 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.
19. **Overall Annual Limit**
Benefits payable in respect of expenses incurred for treatment provided to the Insured Person during the period of insurance shall be limited to **Overall Annual Limits** as stated in the **Schedule of Benefits** irrespective of a type/types of disability. In the event the **Overall Annual Limit** having been paid, all insurance for the Insured Person hereunder shall immediately cease to be payable for the remaining policy year.
20. **Deductible**
The Policyholder has the option to choose a Deductible in return for a reduction of premium. The Deductible shall be deducted from the eligible medical expenses, per Insured Person per disability.
The Policyholder can choose to increase or decrease the Deductible Option upon annual renewal of the cover. No midterm amendment to the deductible is allowed.
The liability of the Company shall commence once the selected Deductible amount has been exhausted and shall not exceed the **Overall Annual Limit** and **Overall Lifetime Limit** set out in the **Schedule of Benefits** for any one period of insurance for any one Insured Person.
21. **Overall Lifetime Limit** shall mean the total accumulated benefit payable from the original **Policy** date shall not exceed the lifetime benefit limit as stated in the **Schedule of Benefits** attached hereto and is the maximum limit of liability to the **Insured Person**.
22. **Emergency** shall mean treatment needed in the event whereby immediate medical attention is required within twelve (12) hours for Injury, Illness or Symptoms

which are sudden and severe failing which the Member's life could be threatened (e.g. accident and heart attack) or lead to significant deterioration of health.

23. HIV Infection Due to Blood Transfusion

Infection with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) through a blood transfusion, provided that all of the following conditions are met:

- (i) The blood transfusion was **Medically Necessary** or given as part of a medical treatment;
- (ii) The blood transfusion was received in Malaysia or Singapore after the commencement of the policy;
- (iii) The source of the infection is established to be from the institution that provided the blood transfusion and the institution is able to trace the origin of the HIV tainted blood;
- (iv) The Insured does not suffer from hemophilia; and
- (v) The Insured is not a member of any high risk groups including but not limited to intravenous drug users.

24. Home Nursing Care shall mean continued medical care or other types of skilled care furnished on a visiting basis in the Insured Person's home, where he/ she is recuperating.

RELATING TO MEDICAL SUPPLIERS

1. Day Surgery

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).

2. Hospital shall mean only an establishment duly constituted and registered as a hospital for the care and treatment of sick and injured persons as paying bed-patients, and which:-

- a) has facilities for diagnosis and major surgery,
- b) provides twenty four (24) hour a day nursing services by registered and graduate nurses
- c) is under the 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.

3. 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.

4. Prescribed Medicines shall mean medicines that are dispensed by a Physician, a Registered Pharmacist or a Hospital and which have been prescribed by a Physician or Specialist in respect of treatment for a covered disability.

5. 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 himself.

6. 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 who is the insured himself.

7. 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, esophagus, stomach, intestine, urinary bladder, or urether.

DESCRIPTIONS OF BENEFITS

1. Hospital Room and Board

Reimbursement of 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 the Insured Person's 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**. The Insured Person will only be entitled to this benefit while confined to a Hospital as an in-patient.

2. Intensive Care Unit

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges Medically Necessary** for actual room and board incurred during confinement as an in-patient 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**.

No Hospital Room and Board Benefits shall be paid for the same confinement period where the Daily Intensive Care Unit Benefits is payable.

3. Hospital Supplies & Services

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** actually incurred for **Medically Necessary** 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 the Insured Person is confined as an in-patient in a Hospital, up to the amount stated in the **Schedule of Benefits**.

4. Operating Theatre

Reimbursement of the Reasonable and Customary Operating Room charges incidental to the surgical procedure.

5. Pre-Hospital Diagnostic Tests (Reimbursement only)

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** for **Medically Necessary** 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 hospitalization 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 qualified medical practitioner.

This benefit will also reimburse the cost of medications prescribed which are **Medically Necessary** on account of an Injury or illness when in connection with a Disability preceding Hospitalisation. Only the cost of drugs used for the Treatment of the Disability are covered excluding traditional/complementary medicines, supplementary medicines, vitamins or nutritional herbs.

No payment shall be made if upon such diagnostic services, the Insured does not result in Hospital Confinement for the treatment of the medical condition diagnosed. Medications and consultation charged by the medical practitioner will not be payable.

6. Pre-Hospital Specialist Consultation (Reimbursement only)

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** for the first time consultation by a Specialist in connection with a Disability within the maximum number of days 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 general practitioner.

This benefit will also reimburse the cost of medications prescribed which are **Medically Necessary** on account of an Injury or illness when in connection with a Disability preceding Hospitalisation. Only the cost of drugs used for the Treatment of the Disability are covered excluding traditional / complementary medicines, supplementary medicines, vitamins or nutritional herbs.

Payment will not be made for clinical treatment (including medications and subsequent consultation after the illness is diagnosed) or where the Insured does not result in Hospital Confinement for the treatment of the medical condition diagnosed.

7. Second Surgical Opinion (Reimbursement only)

An amount equal to actual charges to consultation of opinion with a second Specialist within sixty (60) days from the first consultation by the first Specialist to determine whether a surgical operation is necessary or required in view of the Insured Person's medical condition, subject to the limits set forth in the Schedule of Benefits. This benefit is payable only if the Insured Person is admitted subsequently.

8. Surgical Fees

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** for a **Medically Necessary** surgery by the Specialists, including pre-surgical assessment, Specialist's visits to the Insured Person and post-surgery care up to the maximum sixty (60) days from the date of surgery, but within the maximum 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 stated in the **Schedule of Benefits**.

9. Anesthetist Fees

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** by the Anaesthetist for the **Medically Necessary** administration of anaesthesia not exceeding the limits as set forth in the **Schedule of Benefits**.

10. In-Hospital Physician Visit

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** by a Physician for **Medically Necessary** visiting an in-paying patient while confined for a non-surgical disability subject to a maximum of two (2) visits per day not exceeding maximum two hundred (200) days as set forth in the **Schedule of Benefits**.

11. Post-Hospitalisation Treatment (Reimbursement only)

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** incurred in **Medically Necessary** follow-up treatment by the same attending Physician, within the maximum number of days and amount as set forth in the **Schedule of Benefits** immediately following discharge from Hospital for a non-surgical disability. This shall include medicines prescribed during the follow-up treatment but shall not exceed the supply needed for the maximum number of days as set forth in the **Schedule of Benefits**.

12. Organ Transplant

Reimburses **Reasonable and Customary Charges** incurred on transplantation surgery for the Insured Person being the recipient of the transplant of a kidney, heart, lung, liver or bone marrow. Payment for this Benefit is applicable only once per lifetime whilst the policy is in force and shall be subject to the limit as set forth in the **Schedule of Benefit**. The costs of acquisition of the organs and all costs incurred by the donors are not covered.

13. Emergency Accidental Outpatient Treatment (Reimbursement only)

Reimbursement of 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 **Medical Necessary** treatment as an outpatient at any registered clinic or hospital within 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**.

14. Outpatient Physiotherapy Treatment (Reimbursement only)

Reimbursement of **Reasonable and Customary Charges** for outpatient physiotherapy treatment referred to in writing by a licensed specialist Physician after Surgery or in-Hospital treatment, within ninety (90) days from the date of hospital discharge/surgery for Any One Disability. However, no payment shall be made for medication or treatment and subsequent consultations with the same Specialist or Physician.

15. Annual Out-Patient Kidney Dialysis Treatment (Reimbursement only)

If an Insured Person is diagnosed with Kidney Failure as defined below, the Company 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 excluding consultation, examination tests, take home drugs) must be received at the out-patient department of a Hospital or a registered dialysis treatment centre 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 any Insured who has developed chronic renal diseases and/or is receiving dialysis treatment prior to the effective date of Insurance.

16. Annual Out-Patient Cancer Treatment (Reimbursement only)

If an Insured Person is diagnosed with Cancer as defined below, the Company will reimburse the **Reasonable and Customary Charges** incurred for the **Medically Necessary** 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**.

Such treatment (radiotherapy or chemotherapy excluding consultation, examination tests, take home drugs) must be received at the out-patient department of a Hospital or a registered cancer treatment centre immediately following discharge from Hospital confinement or 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. The following conditions are excluded:

- a) Carcinoma in situ including of the cervix;
- b) Ductal Carcinoma in situ of the breast;
- c) Papillary Carcinoma of the the bladder & Stage 1 Prostate Cancer;
- d) All skin cancers except malignant;
- e) Stage 1 Hodgkin's disease;
- f) Tumours manifesting as complications of AIDS

It is a specific condition of this Benefit that notwithstanding the exclusion of pre-existing conditions, this Benefit will not be payable for any Insured who had been diagnosed as a cancer patient and/or is receiving cancer treatment prior to the effective date of Insurance.

17. Prostheses and Wheelchair Benefit (Reimbursement only)

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** actually incurred for purchasing any of the following medical equipment, subject to the limit of this disability as specified in the Schedule of Benefits:

- a) Wheelchair;
- b) Artificial arm or leg; and/or
- c) Crutches

in the event the Insured Person suffers Permanent Disablement due to an Accident or Illness provided that such medical equipment is necessary to assist in the mobility of the Insured Person and is recommended by the attending specialist Physician or Surgeon.

18. Home Nursing Care (Reimbursement only)

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** for full-time services of a registered Nurse for services rendered to the Insured Person which is **Medically Necessary** and prescribed by the attending Physician or Surgeon for the continued treatment at the **Insured Person's** home of the specific medical condition for which the Insured Person was diagnosed. Services for activities of daily living that are not **Medically Necessary** will not be payable. The benefit will be payable if the care is provided within seven (7) days of hospital discharge subject to a minimum of three (3) days Hospitalisation. The benefit payable shall not exceed the limits as set forth in the **Schedule of Benefits**.

19. Government Hospital Daily Cash Allowance

Pays a daily allowance for each day of confinement for a covered Disability in a Malaysian Government Hospital, provided that the Insured shall confine to a Room and Board rate that does not exceed the amount shown and maximum number of days set forth in the **Schedule of Benefits**. No payment will be made for any transfer to or from any Private Hospital and Malaysian Government Hospital for the covered Disability.

20. Insured Child's Daily Guardian Benefit

Reimburse (up to stipulated limits set forth on the **Schedule of Benefits**) the expenses for meals and lodging incurred to accompany an Insured Child (aged below fifteen (15) years) in the hospital up to the maximum number of days set forth in the **Schedule of Benefits**.

21. Ambulance Fees (Reimbursement only)

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** incurred for necessary domestic ambulance services inclusive of attendant to and/or from the Hospital of confinement. Payment will not be made if the Insured Person is not hospitalised and subject to the limits set forth in the **Schedule of Benefits**.

22. Medical Report Fees

Reimburses the actual fee charged for completion of a medical report by the attending Physician or surgeon in respect of each disability but not to exceed the amount as stated in the **Schedule of Benefits**.

23. Blood and Plasma

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** actually incurred for blood and plasma during **Medically Necessary** administration of blood and blood

plasma whilst the Insured Person is confined as an in-patient in a Hospital, up to the amount stated in the **Schedule of Benefits**.

24. ID Band and Registration Fees

Reimburses the ID band and registration fees incurred subject to the limit as specified in the **Schedule of Benefits**.

GENERAL EXCLUSIONS

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 illness.
2. Specified Illnesses occurring during the first one hundred and twenty (120) days of continuous cover.
3. Any medical or physical conditions arising within the first thirty (30) days of the Insured Person's cover or date of reinstatement whichever is latest except for accidental injuries.
4. Plastic/ Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness (Radial Keratotomy) and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof.
5. 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
6. Private nursing, rest cures or sanatoria care, illegal drugs, intoxication, sterilization, venereal disease and its sequelae, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or ARC (AIDS Related Complex) and HIV (Human Immunodeficiency Virus) related diseases except the infection of HIV arose as a result of blood transfusion, and any communicable diseases required quarantine by law.
7. Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions
8. Pregnancy, child birth (including surgical delivery), miscarriage, abortion and prenatal or postnatal care and surgical, mechanical or chemical contraceptive methods of birth control or treatment pertaining to infertility. Erectile dysfunction and tests or treatment related to impotence or sterilization.
9. Hospitalisation primarily for investigatory purposes, diagnosis, X-ray examination, general physical or medical examinations, not incidental to treatment or diagnosis of a covered Disability or any treatment which is not **Medically Necessary** and any preventive treatments, preventive medicines or examinations carried out by a Physician, and treatments specifically for weight reduction or gain.
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. Ionising radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any nuclear weapons material.
13. Expenses incurred for donation of any body organ by an Insured Person and costs of acquisition of the organ including all costs incurred by the donor during organ transplant and its complications.
14. Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical service or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bone-setting, herbalist treatment, massage or aroma therapy or other alternative treatment.
15. Care or treatment for which payment is not required or to the extent which is payable by any other insurance or indemnity covering the Insured and Disabilities arising out of duties of employment or profession that is covered under a Workman's Compensation Insurance Contract.
16. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
17. 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
18. 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 and illegal activities.
19. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.
20. Expenses incurred for sex changes.

GENERAL CONDITIONS

1. Statement Pursuant To Financial Act Services 2013

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

Proposal Form (or when the Insured applied for this insurance) is inaccurate or has changed.

2. Meaning

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

3. Period of Cover and Renewal

This Policy shall become effective as of the date stated in the Schedule. The Policy Anniversary shall be one (1) year after the effective date and annually thereafter. On each such anniversary, this Policy is renewable at the premium rates in effect at the time as notified by the Company and any change in the renewal premium shall be notified by writing at least thirty (30) days before change is effected.

This Policy will be renewable at the option of Insured Person subject to the terms, conditions and termination at each of the anniversary of the Policy date. The renewal premiums payable is not guaranteed and the Company reserves the right to revise the premium rate applicable at the time of renewal. Such changes, if any, shall be applicable to all Insured Person irrespective of their claim experience according to the Company's risk assessment.

This is a yearly renewable Policy. If there is no claim incurred in the first year of policy inception, the Company will not impose any exclusion upon the Insured Person on the subsequent renewal in the later years. If there are claims incurred within the first year of policy inception, the Insured Person would still qualify for the renewal, subject to exclusions or premium increase.

4. Geographical Territory

All benefits provided in this Policy are applicable worldwide for twenty-four (24) hours a day.

5. Overseas Treatment

If the **Insured Person** elects to or is referred to be treated outside Malaysia by the Attending Physician, benefits in respect of the treatment shall be limited to the reasonable and customary and **Medically Necessary** charges for such equivalent local treatment in Malaysia and shall exclude the cost of transport to the place of treatment.

6. Alterations

The Company reserves 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 the policyholder last known address in the Company's records, and such amendment will be applicable from the next renewal of this Policy. No alteration to this Policy shall be valid unless Authorized by the Company and such approval is endorsed thereon. The Insurer should give thirty (30) days prior written notice to the policyholder according to the last recorded address for any alterations made.

7. Cancellation

This Policy may be cancelled by the Policyholder at any time by giving a written notice to the Company; 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 (applicable to renewal only)	90%
1 months	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

8. Certification, Information and Evidence

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

9. Governing Law

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

10. Misstatement of Age

If the age of the Insured Person has 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 the correct age the Insured Person would not have been eligible for cover under this Policy, no benefit shall be payable.

11. Change in Risk

The Insured Person shall give immediate notice in writing to the Company of any material change in his or her occupation, business, duties or pursuits and pay any additional premium that may be required by the Company.

12. Subrogation

If the Company shall become liable for any payment under this Policy, the Company shall be subrogated to the extent of such payment to all the rights and remedies of the Insured Person against any party and shall be entitled at its own expense to sue in the name

of the Insured Person. The Insured Person shall give or cause to be given to the Company all such assistance in his/her power as the Company shall require to secure the rights and remedies and at the Company's request shall execute or cause to be executed all documents necessary to enable the Company to effectively to bring suit in the name of the Insured Person.

13. Contribution

If an Insured Person carries other insurance covering any illness or Injury insured by this Policy, the Company 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.

14. Ownership of Policy

Unless otherwise expressly provided for by Endorsement in the Policy, the Company shall be entitled to treat the Policyholder as the absolute owner of the Policy. The Company 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 authorized representative) alone shall be an effective discharge of all obligations and liabilities of the Company. The Policyholder shall be deemed to be responsible Principal or Agent of the Insured Persons covered under this Policy.

15. Waiting Period

Eligibility for benefits starts thirty (30) days after the Insured has been included in the Policy, except for a covered Accident occurring after the effective date of coverage.

16. Residence Overseas

No benefit whatsoever shall be payable for any medical treatment received by the Insured outside Malaysia, if the Insured resides or travels outside Malaysia for more than ninety (90) consecutive days.

17. Upgraded Policies

Insured Person is allowed to upgrade one (1) plan without underwriting for every three (3) years, provided no claims incurred for the past three (3) years. If the Eligible Benefits to any Insured under the terms of this Policy be increased while it is in force or at the time of Renewal or replacement and if such Insured shall 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.

18. Conversion of Deductible Programme

For the conversion of a policy with Deductible Programme to a policy without Deductible Programme, the Insured Person is required to provide health declaration to the Company, the Insured Person shall be subject to exclusions and/or premium increase, where applicable.

19. Cooling-Off Period

If this Policy shall have been issued and for any reason whatsoever the Insured Person shall decide not to take up the Policy, the Insured Person may return the

Policy to the Company for cancellation provided such request for cancellation is delivered by the Insured Person to the Company within fifteen (15) days from the date of delivery of the Policy. The Insured Person is entitled to the return of the full premium paid less deduction of medical expenses incurred by the Company in the issue of the Policy.

20. Portfolio Withdrawal Condition

The Company reserves the right to cancel the portfolio as a whole if it decides to discontinue underwriting this insurance product.

Cancellation of the portfolio as a whole shall be given by written notice to the policyholder at least thirty (30) days prior to portfolio withdrawal and the Company will run off all policies to expiry of the period of cover within the portfolio.

21. Claim Procedure

EVENTS LEADING TO CLAIMS

a) The Insured shall within thirty (30) days of a Disability that incurs claimable expenses, give written notice to the Company 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 invalid 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) The Insured shall immediately procure and act on proper medical advice and the Company shall not be held liable in the event a treatment or service becomes necessary due to failure of the Insured to do so.

22. Incomplete Claims

All claims must be submitted to the Company 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 the Company. Only actual costs incurred shall be considered for reimbursement. Any variation or waiver of the foregoing shall be at the Company's sole discretion.

23. Currency of Payment

All payments under this Policy shall be made in the legal currency of Malaysia. Should any payment be requested by the Insured 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.

24. Condition Precedent to Liability

The due observance and the fulfillment of the terms, provisions and conditions of this Policy by the Insured Person and in so far as they relate to anything to be

done or complied with by the Insured Person shall be conditions precedent to any liability of the Company.

25. Notice

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

26. Misstatement or Omission of Material Fact

If:

(a) any answer, disclosure or representation by the Insured, 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 stated in any respect; or

(b) before this contract of insurance is entered into, varied or renewed, the Insured has failed to disclose any fact the Insured knew to be relevant to the Company's decision on whether to accept this 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.

27. 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 the Insured Person shall fail to supply the requisite proof of loss as stipulated by the terms, provisions and conditions of the Policy, the Insured Person may, within a grace period of one calendar year from the time that the written proof of loss to be furnished, submit the relevant proof of loss to the Company 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 the sole and entire discretion of the Company. After such grace period has expired, the Company will not accept, for any reason whatsoever, such written proof of loss.

28. 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 the Company for any claim hereunder must be referred to an Arbitrator within twelve (12) calendar months from date of such disclaimer.

29. Cash Before Cover

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

30. Automatic Termination

The insurance of an Insured Person shall automatically terminate on the earliest happening of the following events:

a) on the death of the Insured Person; or

b) on the Policy Anniversary following the 100th birthday of an Insured Person; or

c) for a dependent Child, on his/her 19th birthday or on his/her 23rd birthday if in full-time tertiary institution in Malaysia; or

d) if the total benefits paid under the Policy since the last Policy Anniversary exceeds the **Overall Annual Limit** or **Overall Lifetime Limit** for the respective Policy Year; or

e) at mid-night standard Malaysian time on the last day of the Period of Insurance unless an Insured Person is confined to a Hospital at such time. If the being the case, the time of termination shall be extended to:-

(i) the time the Insured Person is discharged from Hospital; or

(ii) the time the **Overall Annual Limit** or **Overall Lifetime Limit** shall have been exhausted which is the first to occur.

31. Policy Contract Shall Be Void

This Policy Contract shall be void if the Proposal and Declaration made by the Insured or any written statement given by the Insured is untrue in any respect, or if any material fact affecting the risk is incorrectly stated or represented, or is omitted in these documents.

This Policy Contract shall also be void if the Insured Person makes any claim which is fraudulent or exaggerated, or if the Insured makes any false declaration or statements in support of any claim.

32. Premium

During the Period of Insurance, the premium for insurance under this Policy is 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 on each Policy year anniversary.

The Company shall have the right to change the rate at which premiums shall be calculated, at the start of any Policy Year, provided that the Company notices the Policyholder at least thirty (30) days in advance of the date such premium is due. The premium rate shall also increase if the Insured Person's age, at the anniversary of the second policy year, falls under a new rating band.

33. 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**, provided the claimant does not transfer from or to a private hospital for treatment and the room and board

charge is not greater than that provided under the chosen plan applicable to the claimant.

34. List of Asia Assistance (AAN) panel hospital

You may visit our website at :

www.rhbgroup.com/insurance > General Information

SCHEDULE OF BENEFITS					
BENEFITS	Plan1 (RM)	Plan2 (RM)	Plan3 (RM)	Plan4 (RM)	Plan5 (RM)
OVERALL LIMITS					
• Overall Annual Limit	100,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000
• Overall Lifetime Limit	1,000,000	3,000,000	5,000,000	Unlimited	Unlimited
(MAXIMUM PER DISABILITY)					
HOSPITAL BENEFITS					
• Hospital Room & Board (Up to 200 days)	150	250	350	450	550
• Intensive Care Unit (Up to 200 days) • Hospital Supplies & Services • Operating Theatre	As Charged (Subject to Reasonable and Customary Changes)				
SURGICAL AND MEDICAL BENEFITS					
• Pre-hospital Diagnostic Tests (within 60 days prior to admission) Medicines/ Drugs are payable • Pre-hospital specialist consultation (within 60 days prior to admission) Medicines/ Drugs are payable • Second Surgical Opinion (within 60 days prior to admission) Medicines/ Drugs are payable • Surgical Fees • Anesthetist's Fees • In-Hospital Physician Visit (max. 200 days) (Allows two visits a day) • Post-	As Charged (Subject to Reasonable and Customary Changes)				

Hospitalisation Treatment (within 60 days from discharge) • Organ Transplant-Heart, Kidney, Lung, Liver or Bone Marrow Transplantation (Once Per Lifetime Limit)					
OUT-PATIENT BENEFITS					
• Emergency Accidental Out-Patient Treatment (within 24 hours and follow-up treatment to a max. of 60 days) • Out-Patient Physiotherapy Treatment (within 90 days from discharge date /surgery) • Annual Out-Patient Kidney Dialysis Treatment • Annual Out-Patient Cancer Treatment	As Charged (Subject to Reasonable and Customary Changes)				
OTHER BENEFITS					
• Prostheses/ Wheelchair Benefit	500	1,000	1,500	2,000	2,500
• Home Nursing Care	1,000	3,000	5,000	10,000	20,000
• Daily Cash Allowance at Government Hospital (max. 200 days)	50	80	110	130	150
• Insured Child's Daily Guardian Benefit (max. 200 days)	90	110	150	180	200
• Ambulance Fees • Medical Report Fees • Blood & Plasma • ID Band & Registration	As Charged (Subject to Reasonable and Customary Changes)				

NOTICE TO POLICYHOLDER

Please examine the insurance Policy to ensure that it meets **Your** requirement.

To avoid misunderstanding, it is very important that the Policy, the Schedule and any Endorsements attached therein be read thoroughly.

If **You** have any complaints or grievances pertaining to **Your** policy, please contact **Your** agent, if any or get in touch with **Our** issuing office. **We** assure **You** that **Your** complaints will be attended to promptly.

For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the Bahasa Malaysia provisions of any part of the Contract, it is hereby agreed that the English version of the Contract shall prevail.

As a responsible insurer, **We** wish to bring **Your** attention that **You** could also address **Your** dissatisfaction to Ombudsman for Financial Services (OFS) or to Bank Negara Malaysia Customer Service Bureau (CSB) as listed below.

HOW TO LODGE A COMPLAINT

If **You** are unhappy with any aspect of **Our** service, **We** would like to hear from **You**. **You** can make **Your** complaint in whatever form is most convenient to **You** either via a phone call to **Our** receptionist or alternatively, by writing, faxing or e-mailing **Your** complaint to:

Complaints Handling Unit

RHB Insurance Berhad
Level 12B, West Wing, The Icon
No 1, Jalan 1/68F, Jalan Tun Razak,
55000 Kuala Lumpur
Tel: 1-300-220-007
Fax: 03-2163 7277
E-mail : complaints_unit@rhbinsurance.com.my

We will seek to respond to **Your** complaint within fourteen (14) days. If **We** cannot resolve the matter within the aforesaid time frame when a matter is complex, **You** will be informed of the progress made with **Your** complaint. It will help **Us** to respond promptly if **You** give the following details:

1. **Your** name, address and contact no.
2. Cover note no. / Policy no. / Claim no.

If after taking these steps, **You** are still dissatisfied with the decision, **You** may write to:

The Complaints Management Unit

Ombudsman for Financial Services (OFS)
Level 14, Main Block
Menara Takaful Malaysia
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman
50000 Kuala Lumpur

Tel: 03-2272 2811
Fax: 03-2272 1577
E-mail : enquiry@ofs.org.my
Website : www.ofs.org.my

If the Mediator makes an award against **Us**, **You** are required to inform the Mediator of **Your** decision to accept or deny the award within fourteen (14) days.

If **You** do not accept the award, **You** may reject the decision of the Mediator. **You** are free to institute a court proceeding against **Us** or refer it to Arbitration.

Alternatively **You** may put forward **Your** dissatisfaction over the conduct of **Us** by writing to Bank Negara Malaysia giving details of **Your** complaint and particulars of **Your** policy to:

BNMTELELINK

Corporate Communications Department
Bank Negara Malaysia
P.O. Box 10922
50929 Kuala Lumpur
Tel: 1300-88-5465 (LINK)
Fax: 03-2174 1515
E-mail : bnmteletelink@bnm.gov.my
Website : www.insuranceinfo.com.my

INSURANS POLISI 'MEDISURE SUPREME'

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

MAKA POLISI INI MEMPERAKUI BAHAWA jika dalam Tempoh Insurans yang dinyatakan di dalam **Jadual Polisi** yang dilampirkan di sini, sebarang sakit, wabak, penyakit atau kecederaan akibat kemalangan yang memerlukan Pihak Diinsuranskan dimasukkan ke hospital untuk rawatan. Syarikat akan, tertakluk kepada peraturan-peraturan, peruntukan-peruntukan, pengecualian-pengecualian dan syarat-syarat polisi ini dan yang diendors kepadanya, membayar kepada Pihak Diinsuranskan atau wakil peribadinya yang sah di sisi undang-undang jumlah yang dinyatakan dalam **Jadual Manfaat**.

Dengan syarat dalam segala hal bahawa

1. Liabiliti Syarikat tidak melebihi **Had Tahunan Keseluruhan** dan **Had Seumur Hidup** seperti yang ditetapkan dalam **Jadual Manfaat** bagi mana-mana satu tempoh insurans bagi mana-mana satu Pihak Diinsuranskan dan mematuhi jadual fi – Fi Profesional yang ditetapkan dalam Jadual Ketiga Belas di bawah AKTA Kemudahan dan Perkhidmatan Penjagaan Kesihatan Swasta 1998 (Kemudahan Hospital Swasta dan Penjagaan Kesihatan Swasta Lain) Peraturan 2006 (kemudian dari ini dirujuk sebagai AKTA);
2. Polisi ini akan berkuatkuasa pada tarikh yang dinyatakan dalam **Jadual Polisi**. Polisi ini akan dikeluarkan untuk tempoh satu tahun dan boleh diperbaharui untuk tempoh satu tahun lagi pada akhir setiap tahun insurans tertakluk kepada kebenaran Syarikat.

DEFINISI**BERKAITAN DENGAN KETERANGAN KONTRAK**

1. **Pemegang Polisi** bermaksud orang atau badan korporat yang kepadanya Polisi dikeluarkan bagi melindungi orang yang secara khusus dikenal pasti sebagai Pihak Diinsuranskan dalam Polisi ini.

2. **Pihak Diinsuranskan** bermaksud orang yang dinyatakan dalam **Jadual Polisi** termasuk tanggungannya (jika berkenaan).
3. **Pihak Yang Layak** bermaksud orang yang dinamakan sebagai Pihak Diinsuranskan di dalam **Jadual Polisi** berumur dari tiga puluh (30) hari sehingga usia tujuh puluh (70) tahun (termasuk kedua-dua umur) dan boleh diperbaharui sehingga berumur seratus (100) tahun.
4. **Tahun Polisi** bermaksud tempoh satu (1) tahun termasuk tarikh mula kuatkuasa Insurans dan sebaik sahaja selepas tarikh itu, atau tempoh satu tahun selepas Polisi Pembaharuan atau Polisi Baru.
5. **Pembaharuan atau Polisi Diperbaharui** bermaksud Polisi yang telah diperbaharui tanpa apa-apa tempoh luput sebaik sahaja tamatnya tempoh Polisi sebelumnya dengan kandungan yang sama.
6. **Polisi** bermaksud perjanjian ini disertakan dengan sebarang yang diendorskan di sini, ditanda tangani oleh Syarikat, **Jadual Polisi** yang dilampirkan.
7. **Jadual Polisi / Jadual Manfaat** bermaksud Jadual, yang mengandungi nama Pihak Diinsuranskan, manfaat yang dilindungi, tarikh efektif insurans dan maklumat Pihak Diinsuranskan dimana disertakan dan akan membentuk sebahagian daripada Polisi ini dan lain borang permohonan Pihak Diinsuranskan yang kesemuanya membentuk seluruh kontrak di antara kedua-dua belah pihak.

BERKAITAN DENGAN PERLINDUNGAN INSURANS

1. **Kemalangan** bermaksud kejadian yang berlaku secara tiba-tiba, tidak disengajakan, tidak dijangka, luar biasa dan yang tertentu pada masa dan di tempat yang dikenal pasti yang hendaklah, tanpa bergantung pada apa-apa sebab lain, menjadi satu-satunya punca kecederaan badan.
2. **Kecederaan** bermaksud kecederaan anggota badan yang semata-mata disebabkan oleh Kemalangan.
3. **Kesakitan, Kewabakan, Penyakit** bermaksud keadaan fizikal yang ditunjukkan dari segi patologi berbeza daripada keadaan kesihatan yang biasa.
4. **Kehilangan Upaya** bermaksud Kesakitan, kewabakan, Penyakit atau semua Kecederaan yang timbul daripada satu atau beberapa sebab yang berterusan.
5. **Mana-mana Satu Hilang Upaya** bermaksud semua tempoh Hilang Upaya yang timbul daripada sebab yang sama termasuk mana-mana dan semua komplikasinya kecuali jika Pihak Diinsuranskan 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.
6. **Seperti Dicaj** merujuk kepada caj sebenar yang dikenakan untuk rawatan perubatan yang berpatutan,

- perlu dan biasa yang diberikan dalam merawat Hilang Upaya yang diinsuranskan.
7. **Tanggungjawab** bermaksud mana-mana orang-orang yang berikut:
 - a) suami/isteri yang berkahwin secara sah dibawah umur tujuh puluh (70) tahun apabila pertama kali dimasukkan;
 - b) anak yang belum berkahwin yang umurnya melebihi tiga puluh (30) hari tetapi kurang daripada sembilan belas (19) tahun atau dua puluh tiga (23) tahun bagi yang masih sebagai pelajar sepenuh masa di pusat pengajian tinggi, dan yang tidak mempunyai pekerjaan yang bergaji.
 8. **Keadaan Kongenital** bermaksud apa-apa ketidaknormalan kesihatan atau fizikal yang wujud sejak lahir, dan juga ketidaknormalan fizikal neonatal yang terbentuk dalam tempoh enam (6) bulan dari tarikh kelahiran. Ini termasuk semua jenis hernia dan epilepsi kecuali disebabkan oleh trauma yang berlaku selepas tarikh Pihak Diinsuranskan dilindungi secara berterusan di bawah Polisi ini.
 9. **Belanja Yang Layak** bermaksud belanja yang **Perlu Dari Segi Perubatan** yang ditanggung disebabkan oleh Hilang Upaya yang dilindungi tetapi tidak melebihi had manfaat dalam jadual.
 10. **Perlu Dari Segi Perubatan** 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, dan juga dengan manfaat kesihatan yang sah, dan
 - c) bukan untuk kemudahan Pihak Diinsuranskan atau Pakar Perubatan, dan tidak dapat diperolehi sewajarnya di luar hospital (jika dimasukkan ke wad sebagai pesakit dalam) dan
 - d) bukan berbentuk eksperimen, penyelidikan atau kajian, pencegahan atau penyaringan,
 - e) bayarannya berpatutan, munasabah dan biasa diamalkan bagi Hilang Upaya itu.
 11. **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** bermaksud bayaran rawatan perubatan yang perlu dari segi perubatan, yang dianggap munasabah dan biasa diamalkan 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 kesakitan, penyakit atau kecederaan serta selaras dengan piawai dan amalan perubatan yang diterima dan tidak boleh diabaikan tanpa menjejaskan keadaan perubatan Pihak Diinsuranskan. Di Malaysia, Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan adalah dianggap seperti yang tertera di dalam Jadual Yuran Persatuan Perubatan Malaysia.
 12. **Penyakit Sedia Ada** bermaksud Hilang Upaya yang diketahui sewajarnya oleh Pihak Diinsuranskan. Pihak Diinsuranskan dianggap mengetahui sewajarnya keadaan sedia ada itu apabila:-
 - a) Pihak Diinsuranskan 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.
 13. **Penyakit Tertentu** bermaksud Hilang Upaya berikut dan komplikasi yang berkaitan dengannya, yang wujud dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama Insurans bagi Pihak Diinsuranskan:
 - a) Hipertensi, diabetes melitus dan penyakit kardiovaskular
 - b) Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu dalam system kencing dan sistem biliary
 - c) Semua penyakit telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak
 - d) Hernia, hemoroid, fistula, hidrosele, varikosele
 - e) Endometriosis termasuk penyakit sistem pembiakan
 - f) Gangguan spina vertebralis (termasuk diska) dan penyakit lutut
 14. **Penginapan Hospital** bermaksud Pihak Diinsuranskan didaftarkan dan dimasukkan sebagai pesakit yang dirawat dalam Hospital selama lebih daripada dua belas (12) jam.
 15. **Penghospitalan** 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 Penginapan Hospital.
 16. **Unit Rawatan Rapi** 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 di Hospital itu.
 17. **Pesakit Luar** bermaksud Pihak Diinsuranskan yang menerima jagaan atau rawatan perubatan tanpa dimasukkan ke hospital dan termasuk rawatan di pusat rawatan harian.
 18. **Tempoh Tangguh** bermaksud tiga puluh (30) hari pertama antara masa bermulanya Hilang Upaya Pihak Diinsuranskan dan bermulanya tarikh polisi/tarikh pengembalian semula, dan terpakai hanya apabila orang itu dilindungi pertama kalinya. Hal ini tidak terpakai selepas tahun pertama perlindungan. Walau bagaimanapun, jika insurans terhenti, maka Tempoh Tangguh akan terpakai sekali lagi.
 19. **Had Tahunan Keseluruhan**
Manfaat yang dibayar bagi perbelanjaan yang dikenakan untuk rawatan yang diberikan kepada Pihak Diinsuranskan dalam tempoh insurans hendaklah dihadkan mengikut Had Tahunan Keseluruhan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Mantaat tanpa mengira jenis Hilang Upaya. Jika Had Tahunan Keseluruhan telah dibayar, maka semua insurans untuk Pihak Diinsuranskan di bawah ini

hendaklah dihentikan bayarannya serta-merta bagi baki Tahun Polisi.

20. **Deduktibel**

Pemegang Polisi boleh memilih deduktibel untuk mendapatkan pengurangan premium. Deduktibel akan ditolak daripada perbelanjaan perubatan yang layak, bagi setiap Pihak Diinsuranskan setiap hilang upaya.

Pemegang Polisi boleh memilih sama ada ingin menambahkan atau mengurangkan deduktibel semasa pembaharuan tahunan perlindungan. Pindaan kepada deduktibel semasa pertengahan penggal adalah tidak dibenarkan.

Liabiliti Syarikat akan bermula serta-merta setelah pertengahan deduktibel yang dipilih telah habis digunakan dan tidak boleh melebihi **Had Tahunan Keseluruhan** dan **Had Seumur Hidup** yang dinyatakan dalam **Jadual Manfaat** bagi mana-mana satu tempoh insurans bagi mana-mana satu Pihak Diinsuranskan.

21. **Had Seumur Hidup** bermaksud jumlah manfaat terkumpul yang akan dibayar dari tarikh asal Polisi ini tidak boleh melebihi **Had Seumur Hidup** yang dinyatakan dalam **Jadual Manfaat** yang disertakan dan ia merupakan liabiliti maksimum kepada Pihak Diinsuranskan.

22. **Kecemasan** bermaksud rawatan yang penting dalam keadaan yang mana perhatian perubatan yang segera diperlukan dalam masa dua belas (12) jam bagi Kecederaan, Penyakit atau sebarang gejala yang tiba-tiba dan tenat yang boleh mengancam nyawa ahli (contohnya kemalangan dan serangan jantung) atau menjejaskan kesihatan yang ketara.

23. **Jangkitan HIV Melalui Transfusi Darah**

Jangkitan Virus Kurang Daya Tahan Manusia (HIV) melalui transfusi darah, dengan syarat semua keadaan berikut dipenuhi:

- (i) Transfusi darah adalah keperluan dari segi perubatan atau diberi sebagai sebahagian daripada rawatan perubatan;
- (ii) Transfusi darah adalah diterima di Malaysia atau Singapura selepas kuatkuasa polisi;
- (iii) Sumber jangkitan adalah didapati daripada institusi yang memberikan transfusi darah atau institusi yang boleh mengesan punca darah yang dicemari HIV;
- (iv) Pihak Diinsuranskan tidak menghidap hemofilia; dan
- (v) Pihak Diinsuranskan bukan ahli kepada mana-mana kumpulan berisiko tinggi termasuk tetapi tidak terhad kepada pengguna dadah intravena.

24. **Rawatan Kejururawatan Di Rumah** bermaksud rawatan berterusan perubatan atau rawatan berkemahiran jenis lain yang diberikan secara lawatan ke rumah Pihak Diinsuranskan itu ketika beliau sedang berehat untuk sembuh.

BERKAITAN DENGAN PEMBEKALAN PERUBATAN

1. **Pembedahan Harian**

Pesakit yang perlu menggunakan kemudahan pemulihan untuk prosedur pembedahan yang dirancang terlebih dahulu di hospital/ klinik pakar (tetapi bukan untuk bermalam).

2. **Hospital** 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 siswazah,
 - c) dibawah 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.
3. **Hospital Kerajaan Malaysia** bermaksud hospital yang bayaran khidmatnya tertakluk kepada Akta Yuran 1951, Perintah Yuran (Perubatan) 1982 dan/atau pindaan berikutnya jika ada.
4. **Ubatan yang Dipreskripsikan** 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.
5. **Doktor atau Pakar Perubatan atau Pakar Bedah** 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 Pihak Diinsuranskan itu sendiri.
6. **Pakar** 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 yang merupakan Pihak Diinsuranskan itu sendiri.
7. **Pembedahan** bermaksud mana-mana prosedur perubatan yang berikut:
 - a) Untuk menginsisi, mengeksisi atau mengelektrokauteri mana-mana bahagian organ atau badan kecuali untuk khidmat pergigian.
 - b) Untuk membaiki, 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.

PENERANGAN MANFAAT

1. **Bilik Hospital dan Makanan**

Pembayaran balik bagi **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang Perlu Dari Segi Perubatan** untuk penginapan di bilik dan makanan. Jumlah manfaat hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh Hospital semasa Pihak Diinsuranskan dimasukkan ke hospital, tetapi

manfaat tidak boleh melebihi, bagi mana-mana satu hari, kadar Manfaat Bilik dan Makanan, dan bilangan maksimum hari seperti yang ditetapkan dalam **Jadual Manfaat**. Pihak Diinsuranskan hanya layak menerima manfaat ini apabila dimasukkan ke hospital sebagai pesakit dalam.

2. **Unit Rawatan Rapi**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk bilik dan makanan 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**.

Manfaat Bilik dan Makanan Hospital tidak boleh dibayar bagi tempoh dimasukkan ke hospital tersebut apabila Manfaat Unit Rawatan Rapi Harian dibayar.

3. **Bekalan & Khidmat Hospital**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang sebenarnya ditanggung dan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** 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 Pihak Diinsuranskan dimasukkan ke hospital sebagai pesakit dalam di Hospital, hingga jumlah yang dinyatakan dalam **Jadual Manfaat**.

4. **Bayaran Bilik Bedah**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk Bilik Bedah yang berkaitan dengan prosedur pembedahan.

5. **Ujian Diagnostik Prahospital (Pembayaran Balik sahaja)**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk ECG, sinar-X dan ujian makmal yang **Perlu Dari Segi Perubatan** yang dijalankan di Hospital untuk tujuan diagnostik bagi kecederaan atau penyakit apabila berkaitan dengan Hilang Upaya sebelum dimasukkan ke hospital mengikut bilangan hari dan jumlah maksimum yang ditetapkan dalam **Jadual Manfaat** dan yang disyorkan oleh pengamal perubatan yang layak.

Manfaat ini akan membayar balik kos ubat-ubatan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** bagi kecederaan atau penyakit apabila berkaitan dengan Hilang Upaya sebelum dimasukkan ke hospital.

Hanya kos ubat-ubatan yang digunakan untuk rawatan Hilang Upaya yang dilindungi tidak termasuk ubat-ubatan tradisional/ pelengkap, ubat-ubatan suplemen, vitamin atau herbal nutrisi.

Bayaran tidak akan dibuat jika dalam khidmat diagnostik itu, Pihak Diinsuranskan tidak perlu dimasukkan ke hospital untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu. Bayaran ubat dan

rundingan yang dikenakan oleh pengamal perubatan tidak akan dibayar.

6. **Rundingan Pakar Prahospital (Pembayaran Balik sahaja)**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk rundingan kali pertama oleh Pakar yang berkaitan dengan Hilang Upaya dalam bilangan hari maksimum dan jumlah 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 pengamal perubatan am yang memberikan rawatan.

Manfaat ini akan membayar balik kos ubat-ubatan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** bagi kecederaan atau penyakit apabila berkaitan dengan Hilang Upaya sebelum dimasukkan ke hospital.

Hanya kos ubat-ubatan yang digunakan untuk rawatan Hilang Upaya yang dilindungi tidak termasuk ubat-ubatan tradisional/ pelengkap, ubat-ubatan suplemen, vitamin atau herbal nutrisi.

Bayaran tidak akan dibuat untuk rawatan klinikal (termasuk ubat dan rundingan berikutnya selepas penyakit didiagnosis) atau apabila Pihak Diinsuranskan tidak dimasukkan ke hospital untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu.

7. **Pendapat Kedua Pembedahan (Pembayaran Balik sahaja)**

Satu amaun yang bersamaan dengan caj sebenar bagi perundingan atau pendapat kedua dalam masa enam puluh (60) hari dari hari pertama rundingan dengan Pakar yang pertama bagi menentukan sama ada pembedahan diperlukan memandangkan keadaan kesihatan Pihak Diinsuranskan, tertakluk kepada jumlah yang telah ditetapkan dalam **Jadual Manfaat**. Manfaat ini hanya dibayar jika Pihak Diinsuranskan kemudian dimasukkan ke Hospital.

8. **Bayaran Pembedahan**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk pembedahan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** oleh Pakar, termasuk lawatan penilaian prapembedahan Pihak Diinsuranskan oleh Pakar dan rawatan selepas pembedahan hingga maksimum enam puluh (60) hari dari tarikh pembedahan, tetapi dalam tempoh 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**.

9. **Bayaran Pakar Bius**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan oleh Pakar Bius untuk pemberian bahan bius yang **Perlu Dari Segi Perubatan** tetapi tidak boleh melebihi had yang ditetapkan dalam **Jadual Manfaat**.

10. **Lawatan Pakar Perubatan dalam Hospital**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan oleh Pakar Perubatan untuk lawatan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** ke atas pesakit yang

berbayar semasa dimasukkan ke hospital kerana pembedahan dan Hilang Upaya bukan pembedahan tertakluk kepada maksimum dua (2) lawatan sehari tidak melebihi maksimum dua ratus (200) hari yang ditetapkan dalam **Jadual Manfaat**.

11. **Rawatan Selepas Penghospitalan (Pembayaran Balik sahaja)**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dalam rawatan susulan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** oleh Pakar Perubatan yang sama yang memberikan rawatan, mengikut bilangan hari dan jumlah maksimum seperti yang ditetapkan dalam **Jadual Manfaat** sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital kerana pembedahan atau Hilang Upaya bukan pembedahan. Ini hendaklah termasuk ubat yang dipreskripsikan dalam rawatan susulan tetapi tidak boleh melebihi bekalan yang diperlukan untuk bilangan hari maksimum seperti yang ditetapkan dalam **Jadual Manfaat**.

12. **Pemindahan Organ**

Pembayaran balik Bayaran yang Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dalam pembedahan transplan untuk Pihak Diinsuranskan yang merupakan penerima transplan buah pinggang, jantung, paru-paru, hati atau sum-sum tulang. Bayaran manfaat ini terpakai hanya sekali seumur hidup semasa polisi berkuatkuasa dan hendaklah tertakluk kepada had yang ditetapkan dalam **Jadual Manfaat**. Kos pemerolehan organ dan semua kos yang ditanggung oleh penderma tidak dilindungi.

13. **Rawatan Kecemasan Pesakit Luar Bagi Kemalangan (Pembayaran Balik sahaja)**

Pembayaran balik bagi **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**.

14. **Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar (Pembayaran Balik sahaja)**

Pembayaran balik bagi **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** untuk rawatan fisioterapi pesakit luar yang dirujuk secara bertulis oleh pakar perubatan berlesen selepas pembedahan atau rawatan di dalam hospital dalam sembilan puluh (90) hari dari tarikh keluar dari Hospital/ pembedahan bagi Mana-mana Satu Hilang Upaya. Bagaimanapun, tiada bayaran akan dibuat untuk perubatan atau rawatan dan nasihat lanjutan dengan pakar doktor atau pakar perubatan yang sama.

15. **Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar Tahunan (Pembayaran Balik sahaja)**

Jika **Pihak Diinsuranskan** didiagnosis sebagai mengalami Kegagalan Buah Pinggang seperti yang dinyatakan di bawah, Syarikat 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 sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital atau pembedahan.

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

Menjadi syarat khas bagi Manfaat ini, tanpa menyentuh pengecualian keadaan sedia ada, bahawa ia tidak akan dibayar untuk mana-mana Pihak Diinsuranskan yang mengalami penyakit renal kronik dan/atau menerima rawatan dialisis sebelum tarikh kuat kuasa Insurans.

16. **Rawatan Kanser Pesakit Luar Tahunan (Pembayaran Balik sahaja)**

Jika Pihak Diinsuranskan didiagnosis menghidap kanser seperti yang dinyatakan di bawah, Syarikat akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang ditanggung untuk rawatan kanser yang **Perlu Dari Segi Perubatan** yang dijalankan di pusat rawatan kanser berdaftar yang sah tertakluk kepada had bagi Hilang Upaya ini seperti yang ditetapkan dalam **Jadual Manfaat**.

Rawatan tersebut (radioterapi atau kemoterapi tidak termasuk rundingan, ujian pemeriksaan, dadah yang dibawa pulang) hendaklah diterima di jabatan pesakit luar Hospital atau di pusat rawatan kanser berdaftar 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 perantaraan atau pembedahan utama (tidak termasuk prosedur endoskopi). Kanser mesti disahkan melalui tanda malignansi histologi. Keadaan yang berikut dikecualikan:

- a) Karsinoma in situ termasuk pada serviks;
- b) Karsinoma duktus in situ pada payudara;
- c) Karsinoma Papilari pada pundi & Kanser Prostat Peringkat 1;
- d) Semua kanser kulit kecuali melanoma malignan;
- e) Penyakit Hodgkin Peringkat 1
- f) Tumor yang menunjukkan dengan jelas komplikasi AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit)

Menjadi syarat khas bagi Manfaat ini, tanpa menyentuh pengecualian keadaan sedia ada, bahawa ia tidak akan dibayar untuk mana-mana Pihak Diinsuranskan yang telah didiagnosis sebagai pesakit

kanser dan/atau menerima rawatan kanser sebelum tarikh kuat kuasa Insurans.

17. Prostesis/ Kerusi Roda (Pembayaran Balik sahaja)

Sekiranya berlaku Kehilangan Upaya Kekal ke atas Pihak Diinsuranskan disebabkan sesuatu kemalangan, Syarikat akan membayar ganti Pihak Diinsuranskan sehingga kepada had yang dinyatakan dalam **Jadual Polisi**, kos sebenar untuk membeli sebarang alat perubatan, dengan syarat seperti biasa bahawa alat-alat perubatan sedemikian adalah diperlukan untuk membantu pergerakan Pihak Diinsuranskan atas cadangan yang dibuat oleh Pengamal Perubatan yang merawatnya untuk menggunakan:

- i) kerusi roda
- ii) lengan atau kaki palsu
- iii) topang/tongkat

18. Penjagaan Kejururawatan Rumah (Pembayaran Balik sahaja)

Pembayaran balik bagi **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** untuk penjagaan kejururawatan sepenuh masa oleh jururawat yang berdaftar kepada Pihak Diinsuranskan dan penjagaan kejururawatan rumah tersebut adalah **Perlu Dari Segi Perubatan** atas cadangan yang dibuat oleh Pengamal Perubatan yang merawatnya untuk rawatan berterusan di rumah Pihak Diinsuranskan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis. Perkhidmatan untuk aktiviti kehidupan harian yang tidak **Perlu Dari Segi Perubatan** tidak akan dibayar. Manfaat ini akan dibayar jika penjagaan yang diberikan adalah dalam masa tujuh (7) hari selepas dikeluarkan dari Hospital, tertakluk kepada minimum tiga (3) hari Penghospitalan. Manfaat yang dibayar tidak boleh melebihi had yang ditetapkan dalam **Jadual Manfaat**.

19. Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan

Bayaran elaun harian bagi setiap hari semasa berada di hospital kerajaan untuk Hilang Upaya yang dilindungi di Hospital Kerajaan Malaysia, dengan syarat Pihak Diinsuranskan dihadkan kepada kadar Bilik dan Makan yang tidak melebihi jumlah dan bilangan hari maksimum yang dinyatakan dalam **Jadual Manfaat**. Bayaran tidak akan dibuat bagi mana-mana pemindahan ke atau dari mana-mana Hospital Swasta dan Hospital Kerajaan Malaysia bagi Hilang Upaya yang dilindungi.

20. Manfaat Penjaga Harian Bagi Kanak-kanak Yang Diinsuranskan

Pembayaran balik (sehingga had yang ditetapkan dalam **Jadual Manfaat**) perbelanjaan untuk makanan dan penginapan yang ditanggung semasa menjaga Kanak-kanak yang Diinsuranskan (berumur kurang daripada lima (15) tahun) di hospital sehingga bilangan hari maksimum yang ditetapkan dalam **Jadual Manfaat**.

21. Bayaran Ambulans (Pembayaran Balik sahaja)

Pembayaran balik bagi **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang ditanggung untuk khidmat ambulans rumah (termasuk atendan) ke dan/atau dari Hospital di mana Pihak Diinsuranskan itu dimasukkan ke hospital. Bayaran tidak akan dibuat jika Pihak Diinsuranskan itu tidak dimasukkan ke hospital dan tertakluk kepada had yang ditetapkan dalam **Jadual Manfaat**.

22. Yuran Laporan Perubatan

Pembayaran balik caj sebenar bagi laporan perubatan yang lengkap oleh Pakar Perubatan atau Pakar Bedah yang merawat untuk setiap Hilang Upaya tetapi tidak melebihi jumlah yang dinyatakan dalam **Jadual Manfaat**.

23. Darah dan Plasma

Pembayaran balik bagi **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang ditanggung bagi darah dan plasma semasa pemberian darah dan plasma darah yang **Perlu Dari Segi Perubatan** ketika Pihak Diinsuranskan dimasukkan ke Hospital sebagai pesakit dalam, sehingga jumlah yang dinyatakan dalam **Jadual Manfaat**.

24. ID Band dan Bayaran Pendaftaran

Pembayaran balik yuran ID Band dan bayaran pendaftaran yang ditanggung, tertakluk kepada had yang dinyatakan dalam **Jadual Manfaat**.

PENGECUALIAN

Polisi ini tidak melindungi apa-apa penghospitalan, 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 berlaku dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama bagi perlindungan berterusan.
3. Apa-apa keadaan perubatan atau fizikal yang berlaku dalam tempoh tiga (30) hari pertama perlindungan atau tarikh pengembalian semula bagi Pihak Diinsuranskan, mengikut mana-mana yang terakhir kecuali untuk kecederaan akibat kemalangan.
4. Pembedahan plastik kosmetik, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasan atau pembedahan (Keratotomy radial atau Lasik) dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik seperti anggota tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.
5. 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.
6. Penjagaan peribadi, rehat pulih atau jagaan kebersihan, dadah yang tidak dibenarkan, intoksikasi, pensterilan, penyakit venerel dan sekuelanya, AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit) atau ARC (Kompleks Berkaitan AIDS) dan penyakit berkaitan HIV (Sindrom Kurang Daya Tahan Manusia) kecuali jangkitan HIV timbul daripada pemindahan darah, dan apa-apa penyakit berjangkit yang memerlukan kuarantin oleh undang-undang.
7. Apa-apa rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.
8. Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, mengugurkan kandungan dan jagaan serta pembedahan prenatal atau postnatum, kaedah kawalan kelahiran

- kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pensterilan.
9. Penghospitalan 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.
 10. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.
 11. Perang atau apa-apa tindakan perang, diisytiharkan atau tidak diisytiharkan, aktiviti jenayah atau pengganas, bergiat cergas dalam mana-mana angkatan bersenjata, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan dan kekecohan awam atau penderhakaan tentera.
 12. Radiasi pengionan atau pencemaran melalui radioaktiviti daripada mana-mana bahan api nuklear atau sisa nuklear daripada proses pembelahan nuklear atau daripada apa-apa bahan senjata nuklear.
 13. Belanja yang ditanggung untuk menderma mana-mana organ tubuh oleh Pihak Diinsuranskan dan kos pemerolehan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma ketika tranplan organ dan komplikasinya.
 14. Penyiasatan dan rawatan gangguan tidur dan dengkur, terapi penggantian hormone dan terapi pilihan seperti rawatan, khidmat atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada khidmat kiropraktik, akupunktur, akutekanan, refleksologi, pengikatan tulang, rawatan pakar herba,urut atau terapi aroma atau rawatan pilihan yang lain.
 15. Jagaan atau rawatan yang pembayarannya tidak dikehendaki atau setakat yang ia dibayar oleh mana-mana insurans lain atau tanggung rugi yang melindungi Pihak Diinsuranskan dan Hilang Upaya yang timbul daripada tugas dalam pekerjaan atau kerjaya yang dilindungi di bawah Kontrak Insurans Pampasan Pekerja.
 16. Psikotik, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).
 17. Kos/perbelanjaan 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.
 18. Sakit atau kecederaan yang timbul daripada apa-apa jenis perlumbaan (kecuali perlumbaan jalan kaki), sukan berbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjun di udara, luncur air, aktiviti dalam air yang memerlukan alat pernafasan, sukan musim sejuk, sukan profesional dan aktiviti yang tidak dibenarkan.
 19. Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana

penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.

20. Perbelanjaan yang ditanggung untuk menukar jantunga.

SYARAT-SYARAT AM

1. Menurut Kenyataan Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013

Apabila Pihak Diinsuranskan telah memohon Insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/ keluarga/ tanggungan, Pihak Diinsuranskan mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata di dalam Borang Cadangan (atau semasa permohonan insurans ini). Dalam kata lain, Pihak Diinsuranskan haruslah menjawab soalan-soalan dengan penuh dan tepat. Kegagalan dalam mengambil langkah munasabah dalam menjawab soalan-soalan boleh mengakibatkan pembatalan kontrak insurans, keengganan atau pengurangan gantirugi, perubahan kepada terma atau penamatan kontrak insurans Pihak Diinsuranskan selaras dengan remedi di Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013. Pihak Diinsuranskan juga dikehendaki mendedahkan perkara-perkara lain yang diketahui oleh Pihak Diinsuranskan yang akan mempengaruhi keputusan pihak Syarikat dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang akan dikenakan.

Pihak Diinsuranskan juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu pihak Syarikat dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans Pihak Diinsuranskan ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan pihak Syarikat, apa-apa maklumat yang diberikan di dalam Borang Cadangan (atau semasa permohonan insurans ini) tidak tepat atau telah berubah.

2. Maksud

Polisi ini dan Jadualnya 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.

3. Tempoh Perlindungan dan Pembaharuan

Polisi ini hendaklah berkuatkuasa mengikut tarikh yang dinyatakan pada Jadual. Ulang Tahun Polisi adalah satu (1) tahun selepas tarikh kuat kuasa dan setiap tahun berikutnya. Pada setiap ulang tahun itu, Polisi ini boleh diperbaharui pada kadar premium yang berkuatkuasa pada masa itu seperti yang diberitahu oleh Syarikat dan sebarang perubahan pada pembaharuan premium akan dimaklumkan melalui notis bertulis sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari sebelum perubahan itu berkuatkuasa.

Polisi ini boleh diperbaharui mengikut pilihan Pihak Diinsuranskan tertakluk kepada terma, syarat dan penamatan pada setiap tarikh ulang tahun Polisi. Premium pembaharuan yang dibayar tidak dijamin dan Syarikat berhak menyemak semula kadar premium yang terpakai pada masa pembaharuan itu. Perubahan tersebut, jika ada, hendaklah terpakai kepada semua Pihak Diinsuranskan tanpa mengambil kira pengalaman tuntutan mereka mengikut penilaian risiko Syarikat.

Ini adalah Polisi yang diperbaharui setiap tahun. Jika tiada tuntutan yang telah dibuat dalam tahun pertama polisi, Syarikat tidak akan mengenakan sebarang pengecualian ke atas Pihak Diinsuranskan untuk pembaharuan yang berikut pada tahun-tahun kemudian. Jika terdapat tuntutan yang dibuat dalam tahun pertama polisi ini, Pihak Diinsuranskan masih layak untuk pembaharuan, tertakluk kepada pengecualian atau penambahan premium.

4. Wilayah Geografi

Semua manfaat yang disediakan dalam polisi ini terpakai dua puluh empat (24) jam sehari di seluruh dunia.

5. Rawatan Luar Negara

Jika Pihak Diinsuranskan memilih atau dirujuk untuk dirawat di luar Malaysia oleh Pakar Perubatan yang Merawat, manfaat bagi rawatan itu hendaklah dihadkan kepada Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** untuk rawatan yang sama di Malaysia dan kos pengangkutan ke tempat rawatan dikecualikan.

6. Pindaan

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

7. Pembatalan

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

Tempoh Tidak Melebihi	Bayaran Balik Premium Tahunan
15 days (terpakai 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	Tiada bayaran balik

bulan	
-------	--

8. Perakuan, Maklumat & Bukti

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

9. Undang-undang Yang Mengawal Polisi

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

10. Silap Nyata Umur

Jika umur Pihak Diinsuranskan 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, Pihak Diinsuranskan itu tidak layak dilindungi di bawah Polisi ini, maka tiada manfaat akan dibayar.

11. Perubahan Dalam Risiko

Pihak Diinsuranskan hendaklah segera memberikan notis secara bertulis kepada Syarikat tentang apa-apa perubahan penting dalam pekerjaan, perniagaan, tugas atau hobi dan membayar apa-apa premium tambahan yang mungkin dikehendaki oleh Syarikat

12. Subrogasi

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

13. Sumbangan

Jika Pihak Diinsuranskan mempunyai insurans lain yang melindungi mana-mana penyakit atau kecederaan yang diinsuranskan oleh polisi ini, Syarikat 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.

14. Pemilikan Polisi

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

15. Tempoh Tertangguh

Kelayakan menerima manfaat bermula tiga puluh (30) hari selepas Pihak Diinsuranskan dimasukkan ke dalam Polisi, kecuali untuk Kemalangan yang dilindungi yang berlaku selepas tarikh kuat kuasa perlindungan.

16. Kediaman di Luar Negara

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

17. Polisi Ditingkatkan

Pihak Diinsuranskan boleh mempertingkatkan satu (1) pelan tanpa pengunderaitan bagi setiap tiga (3) tahun, dengan syarat tiada tuntutan dibuat dalam tempoh tiga (3) tahun yang lalu. Jika Manfaat Layak Diterima bagi mana-mana Pihak Diinsuranskan di bawah syarat Polisi ini ditambah semasa ia berkuatkuasa atau pada masa Pembaharuan atau penggantian dan jika Pihak Diinsuranskan itu 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.

18. Deduktibel Progam Pengubahan

Bagi pengubahan polisi dengan deduktibel program kepada polisi tanpa deduktibel program, Pihak Diinsuranskan perlu menyediakan akuan kesihatan kepada Syarikat, Pihak Diinsuranskan adalah tertakluk kepada pengecualian dan/atau penambahan premium, jika berkenaan.

19. Tempoh Bertenang

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

20. Syarat Penarikan Balik Portfolio

Syarikat berhak membatalkan portfolio secara keseluruhan jika ia memutuskan untuk menghentikan penanggung jaminan produk insurans ini.

Pembatalan portfolio secara keseluruhan hendaklah diberitahu melalui notis bertulis kepada pemegang polisi dan Syarikat akan menghentikan semua polisi hingga ke tarikh tamat tempoh perlindungan dalam portfolio.

21. Prosedur Tuntutan

KEJADIAN MENYEBABKAN TUNTUTAN

a) Pihak Diinsuranskan hendaklah dalam tempoh tiga puluh (30) hari Hilang Upaya yang melibatkan belanja boleh menuntut, memberikan notis bertulis kepada Syarikat 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) Pihak Diinsuranskan hendaklah mendapatkan dan bertindak berdasarkan nasihat perubatan yang sewajarnya dan Syarikat tidak bertanggungjawab jika rawatan atau khidmat diperlukan berikutan kegagalan Pihak Diinsuranskan berbuat demikian.

22. Tuntutan Tidak Lengkap

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

23. Mata Wang Bayaran

Semua bayaran di bawah polisi ini hendaklah dibuat dalam mata wang Malaysia yang sah. Sekiranya apa-apa bayaran yang diminta oleh Pihak Diinsuranskan 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.

24. Prasyarat Liabiliti

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

25. Notis

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

26. Salah Nyata atau Ketinggalan Fakta Penting

Jika:

- (a) sebarang jawapan, pendedahan atau pernyataan yang Pihak Diinsuranskan berikan, sebelum kontrak insurans ini dimeterai, diubah atau diperbaharui, dalam atau kepada mana-mana cadangan atau perakuan atau pertanyaan, yang dibuat secara sengaja atau melulu dari segenap segi; atau
- (b) sebelum kontrak insurans ini dimeterai, diubah atau diperbaharui, Pihak Diinsuranskan gagal mendedahkan apa-apa fakta yang Pihak Diinsuranskan ketahui yang berkaitan dengan keputusan pihak Syarikat untuk menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan; atau
- (c) apa-apa tuntutan yang dibuat berbentuk penipuan atau ditokok-tambah, atau sebarang perakuan atau kenyataan palsu dibuat untuk menyokong tuntutan tersebut.

maka dalam mana-mana hal di atas, Polisi ini adalah batal.

27. Prosiding Undang-undang

Tindakan undang-undang atau ekuiti tidak boleh dibawa ke mahkamah untuk mendapatkan semula Polisi ini sebelum tamat tempoh enam puluh (60) hari selepas bukti bertulis tentang kerugian diberikan menurut keperluan Polisi ini. Jika Pihak Diinsuranskan gagal memberikan bukti kerugian yang diperlukan seperti yang dinyatakan oleh terma, peruntukan dan syarat Polisi, maka Pihak Diinsuranskan boleh, dalam tempoh bertenang bagi satu tahun kalendar dari masa bukti bertulis bagi kerugian itu diberikan, menyerahkan bukti kerugian yang berkaitan kepada Syarikat dengan alasan yang kukuh kerana kegagalan mematuhi terma, peruntukan dan syarat Polisi. Penerimaan bukti kerugian itu adalah semata-mata dan sepenuhnya mengikut budi bicara Syarikat. Selepas tempoh bertenang itu tamat, Syarikat tidak akan menerima, walau dengan apa-apa alasan sekalipun, bukti bertulis tentang kerugian itu.

28. Timbang Tara

Semua perbezaan yang timbul daripada Polisi ini hendaklah dirujuk kepada penimbang *tara* yang hendaklah dilantik secara bertulis oleh pihak dalam perbezaan. 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 yang setiap seorang akan mendengar perbezaan itu bersama-sama dengan Pengadil yang akan dilantik oleh kedua-dua Penimbang Tara itu. Walau bagaimanapun, dengan syarat apa-apa penafian liabiliti oleh Syarikat bagi apa-apa tuntutan di bawah ini hendaklah dirujuk kepada Penimbang Tara dalam

tempoh dua belas (12) bulan kalendar dari tarikh penafian tersebut.

29. Tunai Sebelum Perlindungan

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

30. Penamatan Automatik

Insurans Pihak Diinsuranskan tamat secara automatik pada tarikh kejadian-kejadian berikut, yang mana lebih awal:

- a) apabila Pihak Diinsuranskan meninggal dunia; atau
- b) pada Ulang Tahun Polisi selepas hari lahir ke 100 Pihak Diinsuranskan; atau
- c) untuk anak tanggungan, pada hari lahir ke 19 atau pada hari lahir yang ke 23 jika masih menuntut di pengajian tinggi secara sepenuh masa; atau
- d) jika jumlah faedah yang dibayar di bawah Polisi sejak Ulangtahun Polisi terakhir melebihi Had Tahunan Keseluruhan bagi Tahun Polisi tersebut; atau jika jumlah faedah yang dibayar di bawah polisi semasa tempoh insurans melebihi Had Seumur Hidup (untuk pembaharuan polisi bergantung kepada pilihan Pemegang Polisi), atau
- e) pada waktu tengah malam Malaysia standard pada hari terakhir Tempoh Insurans melainkan Pihak Diinsuranskan menginap di hospital pada masa berkenaan. Dalam kes begini, masa penamatan akan dilanjutkan kepada:
 - (i) pada masa Pihak Diinsuranskan keluar dari Hospital; atau
 - (ii) apabila **Had Tahunan Keseluruhan** atau **Had Seumur Hidup** habis digunakan; yang mana lebih awal

31. Polisi Akan Ditamatkan

Polisi ini akan tamat jika cadangan dan perakuan yang dibuat oleh Pihak Diinsuranskan atau mana-mana kenyataan bertulis yang diberikan oleh Pihak Diinsuranskan adalah tidak benar dalam apa bentuk sekalipun, atau jika sebarang fakta penting yang memberi kesan kepada risiko dinyatakan atau diwakili secara salah, atau diketepikan dalam dokumen ini. Polisi ini juga akan tamat jika Pihak Diinsuranskan membuat sebarang tuntutan yang palsu atau ditokok tambah, atau jika Pihak Diinsuranskan membuat sebarang perakuan atau kenyataan palsu dalam menyokong mana-mana tuntutan.

32. Premium

Ketika Tempoh Insurans, premium untuk insurans di bawah Polisi ini adalah tidak dijamin dan adalah berasaskan kadar premium yang berkuatkuasa ketika pembaharuan. Premium adalah berbayar pada kadar premium mengikut usia ahli pada setiap ulangtahun Polisi.

Syarikat berhak untuk mengubah kadar pada mana premium dikira, pada permulaan mana-mana Tahun Polisi, dengan syarat pihak Syarikat memaklumkan Pemegang Polisi dalam masa sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari sebelum tarikh premium berkenaan perlu dibayar. Kadar premium akan meningkat mengikut usia Yang Diinsuranskan, pada ulangtahun

polisi kedua, sekiranya jatuh di bawah kadar lingkungan usia yang baru.

33. Pembayaran Balik Penuh di Hospital Kerajaan

Bayaran untuk perbelanjaan perubatan yang layak akan dilindungi sepenuhnya untuk rawatan di Hospital Kerajaan Malaysia bagi setiap penyakit atau kecederaan, dengan syarat pihak yang menuntut tidak memindahkan dari atau ke sebuah hospital swasta untuk rawatan dan caj bilik dan makanan tidak melebihi daripada yang diberikan di bawah pelan yang dipilih berkenanan kepada pihak yang menuntut.

34. Untuk senarai panel hospital Asia Assistance (AAN)

Anda boleh layari laman sesawang kami di : www.rhbgroup.com/insurance> General Information

JADUAL MANFAAT					
MANFAAT	Pelan1 (RM)	Pelan2 (RM)	Pelan3 (RM)	Pelan4 (RM)	Pelan5 (RM)
HAD-HAD KESELURUHAN					
• Had Tahunan Keseluruhan	100,000	300,000	500,000	700,000	1,000,000
• Had Seumur Hidup Keseluruhan	1,000,000	3,000,000	5,000,000	Tidak terhad	Tidak terhad
(MAKSIMUM BAGI SETIAP KETIDAKUPAYAAN)					
MANFAAT HOSPITAL					
• Bilik Hospital & Makanan (Maksima 200 hari)	150	250	350	450	550
• Unit Rawatan Rapi (Maksima 200 hari)	Seperti Yang Dikenakan (Tertakluk kepada Bayaran yang Munasabah dan Biasa Diamalkan)				
• Bekalan & Khidmat Hospital					
• Bayaran Bilik Bedah	Seperti Yang Dikenakan (Tertakluk kepada Bayaran yang Munasabah dan Biasa Diamalkan)				
MANFAAT PEMBEDAHAN & PERUBATAN					
• Ujian Diagnostik Pra-Hospital (Dalam tempoh 60 hari sebelum kemasukan hospital) Ubat/ Dadah akan dibayar	Seperti Yang Dikenakan (Tertakluk kepada Bayaran yang Munasabah dan Biasa Diamalkan)				
• Rundingan Pakar Pra-Hospital (Dalam tempoh 60 hari sebelum					

kemasukan hospital) Ubat/ Dadah akan dibayar • Pendapat Kedua Pembedahan (Dalam tempoh 60 hari sebelum kemasukan hospital) Ubat/ Dadah akan dibayar • Yuran Pembedahan • Bayaran Pakar Bius	
• Rawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (Maks. harian sehingga 200 hari) (Terhad untuk dua lawatan sehari) • Rawatan Selepas Penghospitalan (Dalam tempoh 60 hari selepas tarikh keluar hospital) • Pemindahan Organ-Jantung, Buah Pinggang, Paru-Paru, Hati atau Tulang Sumsum (Sekali setiap Had Seumur Hidup)	Seperti Yang Dikenakan (Tertakluk kepada Bayaran yang Munasabah dan Biasa Diamalkan)

MANFAAT PESAKIT LUAR <ul style="list-style-type: none"> • Rawatan Kecemasan Pesakit Luar bagi Kemalangan (Dalam jangka masa 24 jam dan rawatan susulan sehingga maks. 60 hari) • Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar (Dalam masa 90 hari dari tarikh keluar hospital / pembedahan) • Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar Tahunan • Rawatan Kanser Pesakit Luar Tahunan 	Seperti Yang Dikenakan (Tertakluk kepada Bayaran yang Munasabah dan Biasa Diamalkan)				
MANFAAT LAIN <ul style="list-style-type: none"> • Manfaat Protesis/ Kerusi Roda • Manfaat Penjagaan Kejururawatan Rumah • Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan (Maks. 200 hari) • Manfaat Penjaga Harian Bagi Kanak-kanak Yang Diinsuranskan 	500	1,000	1,500	2,000	2,500
	1,000	3,000	5,000	10,000	20,000
	50	80	110	130	150
	90	110	150	180	200
<ul style="list-style-type: none"> • Yuran Ambulans • Yuran Laporan Perubatan • Darah & Plasma • Yuran Pendaftaran & ID Band 	Seperti Yang Dikenakan (Tertakluk kepada Bayaran yang Munasabah dan Biasa Diamalkan)				

NOTIS KEPADA PEMEGANG POLISI

Sila memeriksa Polisi insurans untuk memastikan ianya memenuhi keperluan **Anda**.

Untuk mengelakkan salah faham, adalah sangat penting Polisi, Jadual dan sebarang pengendorsan disertakan di sini dibaca bersama secara terperinci.

Sekiranya **Anda** mempunyai sebarang aduan atau keraguan berkaitan dengan Polisi **Anda**, sila hubungi ejen **Anda**, sekiranya ada atau berhubung dengan pejabat yang mengeluarkannya. Kami memastikan aduan **Anda** dilayani dengan segera.

Bagi tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau kekaburan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia tentang mana-mana bahagian Kontrak, adalah dipersetujui bahawa Kontrak versi Bahasa Inggeris akan terpakai.

Sebagai Penanggung Insurans yang bertanggungjawab, **Kami** ingin membawa kepada perhatian **Anda** bahawa **Anda** boleh mengemukakan ketidakpuasan **Anda** kepada Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OFS) atau Biro Perkhidmatan Pelanggan (CSB) Bank Negara seperti yang ditunjukkan di bawah.

BAGAIMANA UNTUK MEMBUAT ADUAN

Jika **Anda** tidak berpuas hati dengan mana-mana aspek perkhidmatan **Kami**, **Kami** ingin mendengar daripada **Anda**. **Anda** boleh membuat aduan dalam bentuk apa jua yang paling selesa dengan **Anda** samada melalui panggilan telefon kepada operator **Kami** atau, secara bertulis, fax atau e-mel aduan **Anda** kepada:

Unit Pengendalian Aduan

RHB Insurance Berhad
 Aras 12B, West Wing, The Icon
 No 1, Jalan 1/68F, Jalan Tun Razak,
 55000 Kuala Lumpur
 Tel: 1300-220-007
 Faks: 03-2163 7277
 E-mel : complaints_unit@rhbinsurance.com.my

Kami akan berusaha untuk bertindak balas kepada aduan **Anda** dalam masa empat belas (14) hari. Jika Kami tidak dapat menyelesaikan perkara tersebut dalam tempoh masa yang ditetapkan seandainya rumit, **Anda** akan diberitahu tentang perkembangan yang telah dibuat tentang aduan **Anda** tersebut.

Anda boleh membantu Kami untuk memberi tindak balas secepat mungkin dengan memberi **Kami** maklumat-maklumat berikut:

1. Nama, alamat dan nombor untuk dihubungi
2. No Nota Perlindungan / No. Polisi / No. Tuntutan

Sekiranya setelah mengambil langkah-langkah di atas dan **Anda** masih tidak berpuas hati dengan keputusan tersebut, **Anda** boleh menulis ke:

Unit Pengurusan Aduan

Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OFS)
 Tingkat 14, Blok Utama
 Menara Takaful Malaysia

No. 4, Jalan Sultan Sulaiman
50000 Kuala Lumpur
Tel: 03-2272 2811
Faks: 03-2272 1577
E-mel : enquiry@ofs.org.my
Laman Web : www.ofs.org.my

Peti Surat 10922
50929 Kuala Lumpur
Tel: 1300-88-5465 (LINK)
Faks: 03-2174 1515
E-mel : bnmtelelink@bnm.gov.my
Laman Web : www.insuranceinfo.com.my

Jika Pengantara membuat keputusan yang tidak menyebelahi Kami, **Anda** diminta untuk memberitahu Pengantara mengenai keputusan **Anda** untuk menerima atau menolak keputusan tersebut dalam tempoh empat belas (14) hari.

Jika **Anda** tidak menerima keputusan tersebut, **Anda** boleh menolak keputusan Pengantara. **Anda** bebas untuk mengambil tindakan mahkamah ke atas Kami atau merujuk kepada Timbangtara.

Sebagai pilihan, **Anda** boleh menghantar ketidakpuasan hati **Anda** terhadap tindakan Kami secara bertulis kepada Bank Negara Malaysia dengan memberi secara terperinci maklumat aduan **Anda** dan informasi **Polisi Anda** kepada:

BNMTELELINK

Jabatan Komunikasi Korporat
Bank Negara Malaysia

HEAD OFFICE / IBU PEJABAT

Level 12, West Wing, The Icon,
No.1, Jalan 1/68F,
Jalan Tun Razak,
55000 Kuala Lumpur
Tel : 03 - 2180 3000 Fax : 03 - 9281 2729
Website : www.rhbgroup.com/insurance

**CUSTOMER RELATIONSHIP CENTRE /
KAUNTER KHIDMAT PELANGGAN**

Level 1, Tower Three, RHB Centre,
Jalan Tun Razak,
50400 Kuala Lumpur
Tel : 1300-220-007 Fax : 03 – 2163 7277
Email : rhbi.general@rhbgroup.com

**CALL CENTRE /
PUSAT PANGGILAN**

Claims Inquiries : 03 - 2180 3030