

MediLove Policy

WHEREAS the **Insured Person** (hereinafter called "**You**") named in the Policy Schedule by a proposal and declaration, has applied to Zurich General Insurance Malaysia Berhad (201701035345) (hereinafter called "**We / Us**") for the insurance contained in this Policy.

NOW THIS POLICY WITNESSETH that if during the Period of Insurance, any **Sickness, Disease, Illness** or accidental **Injury** necessitates **You** to be confined to a **Hospital** for treatment, **We** will subject to the terms, provisions, exclusions and conditions of and endorsed on the Policy, pay to **You / Your** legal personal representatives the sum or sums stated in the Schedule of Benefits.

Provided always that

- (a) The liability of **Us** shall not exceed the **Overall Annual Limit** as set out in the Schedule of Benefits for any one period of insurance.
- (b) This Policy shall become effective as of the date stated in the Policy Schedule. This Policy shall be issued for one (1) year and at the end of each period of insurance may be renewed for another year subject to the consent of **Us**.

Consumer Insurance Contract

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

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

Non-Consumer Insurance Contract

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

DEFINITIONS

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

ACCIDENT 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**.

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 **You** completely recover and remain free from further treatment (including drugs, medicines, special diet or injection or advice for the condition) of the **Disability** for at least ninety (90) **Days** following the latest date of discharge and subsequent **Disability** from the same cause shall be considered as though it were a new **Disability**.

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

CHILD shall mean any person who has attained the age of thirty (30) **Days** and is an unmarried person, is under the age of nineteen (19), or up to the age of twenty-three (23) for those registered as full-time students at a recognised educational

institution and is financially dependent upon **You**.

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

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

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

DENTIST shall mean a person who is duly licensed or registered to practise dentistry in the geographical area in which a service is provided, but excluding a **Physician** or **Surgeon** who is the **Insured Person** himself.

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

DOCTOR or **PHYSICIAN** or **SURGEON** shall mean a registered medical practitioner qualified and licensed to practise western medical and who, in rendering such treatment, is practising within the scope of his licensing and training in the geographical area of practice, but excluding a **Doctor, Physician** or **Surgeon** who is the **Insured Person** himself.

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

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) hours 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.

HOSPITAL CONFINEMENT shall mean **You** being duly registered and admitted as in-patient in a **Hospital** for more than twelve (12) hours.

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

INJURY shall mean bodily injury caused solely by **Accident**.

INSURED PERSON shall mean the person described in the Policy Schedule including his/her Dependent (if applicable).

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**.

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

MEDICALLY NECESSARY shall mean medical service which is:-

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

OUT-PATIENT shall mean **You** are receiving medical care or treatment without being hospitalised and includes treatment in a Daycare centre.

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

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.

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

PRE-EXISTING ILLNESS shall be limited to disabilities which existed before the effective date of cover and for which **You** should have reasonably been aware of. **You** may be considered to have reasonable knowledge of such pre-existing condition where the condition is one for which:-

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

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

REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGES shall mean charges for medical care which is **Medically Necessary** shall be considered reasonable and customary to the extent that it does not exceed the general level of charges being made by others of similar standing in the locality where the charge is incurred, when furnishing like or comparable treatment, services or supplies to individual of the same 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 **Your** medical condition.

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

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

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

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

- (a) Hypertension, diabetes mellitus and Cardiovascular Disease;
- (b) All tumours, cancers, cysts, nodules, polyps, stones of the urinary system and biliary system;
- (c) All ear, nose (including sinuses) and throat conditions;
- (d) Hernias, haemorrhoids, fistulae, hydrocele, varicocele;
- (e) Endometriosis including Disease of the reproductive system;
- (f) Vertebro-spinal disorders (including disc) and knee conditions.

SURGERY shall mean any of the following medical procedures:

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

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

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

We/Our/Us/The Company shall mean Zurich General Insurance Malaysia Berhad, who is the insurer/issuer of the policy.

You/Your/Yours shall mean the **Policyholder** and/or the **Insured Person** as applicable.

DESCRIPTION OF BENEFITS

DAILY 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 **Your** confinement, but in no event shall the benefit exceed, for any one **Day**, the rate of Room and Board Benefit, and the maximum number of **Days** as set forth in the Schedule of Benefits. **You** will only be entitled to this benefit while confined to a **Hospital** as an in-patient.

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 (1) **Day**, and maximum number of **Days**, as set forth in the

Schedule of Benefits. Where the period of confinement in an **Intensive Care Unit** exceeds the maximum set forth in the Schedule of Benefits, reimbursement will be restricted to the standard Daily **Hospital** Room and Board rate. No **Hospital** Room and Board Benefits shall be paid for the same confinement period where the Daily **Intensive Care Unit** Benefits is payable.

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 examination, electrocardiograms, physiotherapy, basal metabolism tests, intravenous injections and solutions, administration of blood and blood plasma but excluding the cost of blood and plasma whilst **You** are confined as an in-patient in a **Hospital**, up to the amount stated in the Schedule of Benefits.

OPERATING THEATRE

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

PRE-SURGICAL DIAGNOSTIC TESTS

Reimbursement of **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 **Surgery** 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. No payment shall be made upon such diagnostic services, if surgery is not required for the medical condition diagnosed. Medications and consultation charges by the medical practitioner will not be payable.

PRE-SURGICAL SPECIALIST CONSULTATION

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** and amount as set forth in the Schedule of Benefits preceding **Surgery** in a **Hospital** and provided that such consultation is **Medically Necessary** and has been recommended in writing by the attending general practitioner.

Payment will not be made for clinical treatment (including medications and subsequent consultation after the **Illness** is diagnosed) or where **Surgery** is not required by **You**, for the treatment of the medical condition diagnosed.

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 **You** and post-surgery care up to the maximum amount and number of **Days** from the date of the **Surgery**, but within the maximum period 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.

ANAESTHETIST'S FEE

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

PRE-HOSPITAL DIAGNOSTIC TESTS

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 **Hospitalisation** within the maximum number of days and amount as set forth in the Schedule of Benefits in a **Hospital** and which are recommended by a qualified medical practitioner. No payment shall be made if upon such diagnostic services, **You** do not require **Hospital Confinement** for the treatment of the medical condition diagnosed. Medications and consultation charged by the medical practitioner will not be payable.

PRE-HOSPITAL SPECIALIST CONSULTATION

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** for the first time consultation by **Specialist** in connection with a **Disability** within the maximum number of days and amount as set forth in the Schedule of Benefits preceding confinement in a **Hospital** and provided that such consultation is **Medically Necessary** and has been recommended in writing by the attending general practitioner.

Payment will not be made for clinical treatment (including medications and subsequent consultation after the **Illness** is diagnosed) or where **You** do not require **Hospital Confinement** for the treatment of the medical condition diagnosed.

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 one (1) visit per **Day** not exceeding the maximum number of **Days** and amount as set forth in the Schedule of Benefits.

POST HOSPITALISATION TREATMENT

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.

EMERGENCY ACCIDENTAL OUTPATIENT TREATMENT

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

AMBULANCE FEES

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 **You** are not hospitalised and subject to the limit set forth in the Schedule of Benefits.

OUTPATIENT PHYSIOTHERAPY TREATMENT

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** incurred for **Out-Patient** physiotherapy treatment referred in writing by a licensed **Specialist Physician** after **Surgery** or in-**Hospital** treatment, within ninety (90) **Days** from the date of **Hospital** discharge / **Surgery** for **Any One Disability** up to the maximum as set forth in the Schedule of Benefits. However, no payment will be made for medication / treatment and subsequent consultations with the same **Specialist Physician**.

MONTHLY OUT-PATIENT KIDNEY DIALYSIS TREATMENT

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

Such treatment (dialysis 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 functions 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 if **You** have developed chronic renal **Diseases** and/or are receiving dialysis treatment prior to the effective date of Insurance.

MONTHLY OUT-PATIENT CANCER TREATMENT

If **You** are diagnosed with Cancer as defined below, **We** 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 bladder & Stage 1 Prostate Cancer;
- (d) All skin cancers except malignant melanoma;
- (e) Stage 1 Hodgkin's **Disease**;
- (f) Tumours manifesting as complications of AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome).

It is a specific condition of this Benefit that notwithstanding the exclusion of pre-existing conditions, this Benefit will not be payable if **You** have been diagnosed as a cancer patient and/or are receiving cancer treatment prior to the effective date of Insurance.

ORGAN TRANSPLANT

Reimbursement of **Reasonable and Customary Charges** incurred on transplantation **Surgery** for **You** 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 Benefits. The costs of acquisition of the organs and all costs incurred by the donors are not covered.

DAILY-CASH ALLOWANCE AT GOVERNMENT HOSPITAL

Payment of a daily allowance for each **Day** of confinement for a covered **Disability** in a **Malaysian Government Hospital**, provided that **You** are confined to a Room and Board rate that does not exceed the amount and number of **Days** shown in the schedule of Benefits. No payment will be made for any transfer between Private **Hospital** and **Malaysian Government Hospital** for the covered **Disability**.

INSURED CHILD'S DAILY GUARDIAN BENEFIT

Reimbursement of the expenses for meals and lodging incurred to accompany an Insured **Child** (aged below fifteen (15) years) in the **Hospital** but shall not exceed the limit set forth in the Schedule of Benefits.

TAX ON ELIGIBLE EXPENSES

Benefit payable for **Eligible Expenses** under this Policy shall include **Tax**.

SPECIAL PROVISIONS

PERSON ELIGIBLE

Persons eligible to be covered under this Policy are:-

- (a) Anyone between the ages of thirty (30) **Days** and sixty (60) years and renewable up to age seventy (70)
- (b) Persons who reside in Malaysia only

PERIOD 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 renewable at the premium rates in effect at that time as notified by **Us**.

This Policy is renewable at the option of **Us**. The **Renewal** premiums payable is not guaranteed and **We** reserve the right to revise the premium rate applicable at the time of **Renewal**. Such changes, if any shall be applicable to all **Policyholders** irrespective of their claim experiences according to **Our** risk assessment. Application for the change of benefits to a higher plan can only be made on **Renewal** and is subject to acceptance by **Us** upon **Renewal**.

GEOGRAPHICAL TERRITORY

All benefits provided in this policy are applicable worldwide for twenty-four (24) hours a **Day**.

OVERSEAS TREATMENT

If **You** elect to or are 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.

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 **Your** cover or date of reinstatement whichever is latest except for the 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**, and any communicable **Diseases** requiring quarantine by law.
7. Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions.
8. Pregnancy, childbirth (including surgical delivery), miscarriage, abortion and prenatal or postnatal care and surgical, mechanical or chemical contraceptive methods of birth control 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 **You** 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 disorder, hormone replacement therapy such as treatment, medical service or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bonesetting, herbalist treatment, massage or aromatherapy or other alternative treatment.
15. Care or treatment for which payment is not required to the extent which is payable by any other insurance or indemnity covering **You** and Disabilities arising out of duties of employment or profession that is covered under Workmen'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, telex services, telephones, 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

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

NOTICE

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

CONDITION PRECEDENT TO LIABILITY

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

DUTY OF DISCLOSURE

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

Non-Consumer Insurance Contract – Where **You** have applied for this Insurance for the purpose of providing medical insurance benefits to **Your** employees and their dependants, **You** have a duty to disclose any matter that **You** knew to be relevant to **Our** decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied and any matter a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant otherwise it may result in avoidance of **Your** contract of insurance, refusal or reduction of **Your** claim(s), change of terms or termination of **Your** contract of insurance. **You** also have a duty to tell **Us** immediately if at any time after **Your** contract of insurance has been entered into, varied or renewed with **Us** any of the information given in the Proposal Form (or when **You** applied for this insurance) is inaccurate or has changed.

MISSTATEMENT OF AGE

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

PREMIUM

During the Period of Insurance, the premiums for insurance under this Policy are not guaranteed and shall be based on the premium rate in force at the time of **Renewal**. Premiums are payable at the premium rate according to each member's attained age on each **Policy Year** anniversary.

We shall have the right to change the rate at which premiums shall be calculated, at the start of any **Policy Year**, provided that **We** notify the **Policyholder** at least thirty (30) **Days** in advance of the date such premium is due.

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

WAITING PERIOD

Eligibility for benefits starts thirty (30) **Days** after **You** have been included in the Policy, except for a covered **Accident** occurring after the effective date of coverage.

CHANGE IN RISK

You shall give immediate notice in writing to **Us** of any material change in **Your** occupation, business, duties or pursuits and pay any additional premium that may be required by **Us**.

TAKE-OVER POLICIES

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

UPGRADED POLICIES

If the eligible benefits provided to **You** under the terms of this Policy are increased while it is in force or at the time of **Renewal** or replacement and if **You** have been afflicted with a **Disability** prior to, 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.

CONVERSION POLICIES

If the eligible benefits provided under this Policy have been converted from an existing coverage of an 'Inner Limits' to an '**As Charged**/Full Reimbursement' coverage, and if **You** have been afflicted with a **Disability** prior to, or at the time the Benefits were converted the benefits payable in respect of the **Disability** shall be in accordance with the Schedule of Benefits prior to the date the Eligible Benefits were converted.

RESIDENCE OVERSEAS

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

CERTIFICATION, INFORMATION AND EVIDENCE

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

UPGRADED ROOM AND BOARD CO-PAYMENT

If **You** are hospitalized at the published Room & Board rate which is higher than **Your** eligible benefit, **You** shall bear 20% of the eligible benefits described in the Schedule of Benefits.

CONTRIBUTION

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

CLAIM PROCEDURES

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

service becomes necessary due to failure of **You** to do so.

PROOF OF LOSS

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

FILING PROOF OF LOSS

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

MEDICAL EXAMINATION

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

INCOMPLETE CLAIMS

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

ARBITRATION

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

CANCELLATION

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

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

AUTOMATIC TERMINATION

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

- (a) on **Your** death; or
- (b) on the Policy Anniversary following **Your** seventieth (70th) birthday; or
- (c) if the total benefits paid under the Policy since the last Policy Anniversary exceed the **Overall Annual Limit** for the respective **Policy Year**; or
- (d) at mid-night standard Malaysian time on the last **Day** of the Period of Insurance unless **You** are confined to a **Hospital** at such time. If this being the case, the time of termination shall be extended to:
 - (i) the time **You** are discharged from **Hospital**; or
 - (ii) the time the Overall Limit shall have been exhausted; whichever is the first to occur.

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

ALTERATIONS

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

alterations made.

VOID OF POLICY

This Policy shall be void if the Proposal and Declaration made by **You** or any written statement given by **You** are 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 shall also be void if **You** make any claim which is fraudulent or exaggerated, or if **You** make any false declaration or statements in support of any claim.

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 **Us** before insurance cover is effective.

GRACE PERIOD

Notwithstanding the Cash before Cover condition, a Grace Period of fourteen (14) **Days** from its due date will be allowed for payment of each premium after the first **Policy Year** throughout the policy term. During such fourteen (14) **Days**, **We** shall remain liable thereunder if by the last of such **Days**, the premium is actually paid.

If any premium is not paid in respect of this Policy Contract before the end of the Grace Period, this Policy Contract shall be deemed as terminated at the expiry date of the policy.

OWNERSHIP OF POLICY

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

PORTFOLIO WITHDRAWAL CONDITION

We reserve the right to cancel the portfolio as a whole, if **We** decide to discontinue underwriting this insurance product.

Cancellation of the portfolio as a whole shall be given by written notice to the **Policyholder** with a valid reason and **We** will run off all policies to expiry of the period of cover within the portfolio.

COOLING-OFF PERIOD

If this Policy has been issued and for any reason whatsoever the **Policyholder** shall decide not to take up the Policy, the **Policyholder** may return the Policy to **Us** for cancellation provided such request for cancellation is delivered by the **Policyholder** to **Us** within fifteen (15) **Days** from the date of receipt of the Policy. The **Policyholder** is entitled to the return of the full premium paid less deduction of medical expenses incurred by **Us** in the issuance of the Policy.

CURRENCY OF PAYMENT

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

GOVERNING LAW

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

SCHEDULE OF BENEFITS

Plans	Plan 1 (RM)	Plan 2 (RM)	Plan 3 (RM)	Plan 4 (RM)	Plan 5 (RM)	Plan 6 (RM)
Overall Annual Limit	10,000	20,000	30,000	50,000	100,000	150,000
	(Maximum Per Disability)					
HOSPITAL BENEFITS						
Daily Hospital Room & Board (Max. 200 days)	60	80	120	200	350	450
Intensive Care Unit (Max. 90 days)	120	160	250	400	500	600
Hospital Supplies and Services Operating Theatre	**As Charged** (Subject to Reasonable & Customary Charges)					
SURGICAL BENEFITS						
Surgical expenses comprising the following but excluding organ transplantation: Pre-Surgical Diagnostic Test (within 60 days prior to admission) Pre-Surgical Specialist Consultation (within 60 days prior to admission) Surgical Fees Anesthetist Fees	**As Charged** (Subject to Reasonable & Customary Charges)					
MEDICAL BENEFITS						
Medical expenses for non-surgical treatment, comprising: Pre-Hospital Diagnostic Test (within 60 days prior to admission) Pre-Hospital Specialist Consultation (within 60 days prior to admission) In-hospital Physician Visit (Max. 60 days) Post Hospitalisation Treatment (within 31 days after discharge)	**As Charged** (Subject to Reasonable & Customary Charges)					

OUT-PATIENT BENEFITS Emergency Outpatient Treatment for Accident only (within 24 hours and follow-up treatment to a Max. of 31 days) Outpatient Physiotherapy Treatment (within 90 days after discharge/surgery) Ambulance Fees Monthly Outpatient Kidney Dialysis & Cancer Treatment	**As Charged** (Subject to Reasonable & Customary Charges)					
	200	250	300	500	700	1,000
	1,000	2,000	3,500	4,000	5,000	6,000
ORGAN TRANSPLANTATION Heart, Kidney, Lung, Liver, Bone Marrow Transplantation	5,000	12,500	20,000	30,000	50,000	60,000
OTHER BENEFITS Daily Government Hospital Cash Allowance (Max. 200 days per annum) Insured Child's Daily Guardian Benefits (Max. 60 days)	25	35	45	50	55	60
	25	50	75	100	175	200
Tax on Eligible Expenses	**As Charged**					

TAX PROVISION

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

IMPORTANT NOTICE

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

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

PROCEDURES FOR MAKING INSURANCE COMPLAINTS

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

To avoid misunderstanding, it is very important that this Policy, the **Policy 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. As a responsible insurer, **We** wish to bring to **Your** attention that **You** could also address **Your** dissatisfaction to the Ombudsman For Financial Services (OFS) or to Bank Negara Malaysia's Contact Centre (BNMLINK) as listed below.

PROCEDURES FOR COMPLAINT TO OFS

If **You** are not satisfied with **Our** decision, **You** may write to the Mediator with details of the dispute and particulars of **Your** Policy.

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.

You may lodge a complaint with **Us** at:

Zurich General Insurance Malaysia Berhad

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

Call Centre: 1-300-888-622 Tel: 03 – 2109 6000 Fax: 03 – 2109 6888

Email: CallCentre@zurich.com.my

Ombudsman for Financial Services (Formerly known as Financial Mediation Bureau)

Level 14, Main Block, Menara Takaful Malaysia,

No. 4, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur, Malaysia

Tel: 03-2272 2811 Fax: 03-2272 1577

Email: enquiry@ofs.org.my Website: www.ofs.org.my

Procedures for complaint to BNMLINK

Alternatively, **You** may put forward **Your** dissatisfaction over **Our** conduct by writing to BNMLINK giving details of **Your** complaint and particulars of **Your** Policy to:

Contact Centre (BNMLINK)

Bank Negara Malaysia

P.O. Box 10922, 50929 Kuala Lumpur

Tel: 1-300-88-5465 (1-300-88-LINK) (Overseas: +603-2174-1717) Fax: +603-2174-1515

E-mail: bnmtelelink@bnm.gov.my

Zurich General Insurance Malaysia Berhad

Registration No. 201701035345 (1249516-V)

Level 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia Tel: 03-2109

6000 Fax: 03-2109 6888 Call Centre: 1-300-888-622

www.zurich.com.my

ZURICH®



ZURICH®

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



MediLove Polisi

BAHAWASANYA Orang Diinsuranskan yang dinamakan dalam Jadual Polisi menerusi cadangan dan perakuan, telah memohon kepada Zurich General Insurance Malaysia Berhad (201701035345) (seterusnya dirujuk sebagai "**Kami**") untuk insurans yang terkandung dalam Polisi ini.

MAKA POLISI INSURANS INI MEMPERAKUI bahawa jika dalam Tempoh Insurans, sebarang **Kesakitan, Penyakit, Keuzuran** atau **Kecederaan** akibat **Kemalangan** memerlukan **Orang Diinsuranskan** dimasukkan ke **Hospital** untuk rawatan, tertakluk kepada terma, peruntukan, pengecualian dan syarat Polisi ini dan yang diendors kepadanya, **Kami** akan membayar kepada **Orang Diinsuranskan** atau wakil peribadinya yang sah di sisi undang-undang jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Dengan syarat dalam segala hal bahawa

- (a) Liabiliti **Kami** tidak akan melebihi Had Keseluruhan Tahunan yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat bagi mana-mana satu tempoh insurans.
- (b) Polisi ini akan berkuat kuasa pada tarikh yang dinyatakan dalam Jadual Polisi. Polisi ini akan dikeluarkan untuk tempoh satu (1) tahun dan boleh **Diperbaharui** untuk satu (1) tahun lagi pada akhir setiap tempoh insurans tertakluk kepada persetujuan **Kami**.

Kontrak Insurans Pengguna

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

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

Kontrak Insurans Bukan Pengguna

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

DEFINISI

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

KEMALANGAN hendaklah bermaksud kejadian yang berlaku secara tiba-tiba, tidak disengajakan, tidak dijangka, luar biasa dan spesifik pada masa dan di tempat yang dikenal pasti, yang hendaklah, tidak bergantung pada apa-apa sebab lain, menjadi satu-satunya sebab bagi **Kecederaan** anggota badan.

MANA-MANA SATU KEHILANGAN UPAYA hendaklah bermakna semua tempoh **Kehilangan Upaya** yang timbul daripada punca yang sama, termasuk sebarang dan semua kerumitan daripadanya, kecuali jika **Orang Diinsuranskan** pulih sepenuhnya dan

tidak perlu rawatan lanjut (termasuk ubat, diet khas atau suntikan atau nasihat untuk keadaan tersebut) untuk **Kehilangan Upaya** dalam tempoh sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) **Hari** selepas terakhir keluar dari **Hospital** dan **Kehilangan Upaya** seterusnya yang timbul daripada punca asal yang sama hendaklah dianggap sebagai **Kehilangan Upaya** baru.

MENGIKUT CAJ YANG DIKENAKAN merujuk kepada caj sebenar yang ditanggung bagi penjagaan perubatan munasabah, perlu dan lazim untuk merawat Kehilangan Upaya yang dilindungi.

ANAK hendaklah bermakna mana-mana orang yang telah mencapai usia tiga puluh (30) **Hari** dan belum berkahwin, berusia di bawah sembilan belas (19) tahun, atau sehingga usia dua puluh tiga (23) tahun untuk mereka yang berdaftar sebagai pelajar sepenuh masa di institusi pendidikan diiktiraf dan ditanggung dari segi kewangan oleh Orang Diinsuranskan.

KEADAAN KONGENITAL hendaklah bermakna sebarang keabnormalan perubatan atau fizikal yang wujud sejak dilahirkan dan juga keabnormalan fizikal neonatal yang wujud dalam tempoh enam (6) bulan selepas kelahiran. **Keadaan Kongenital** hendaklah termasuk semua jenis hernia dan epilepsi kecuali apabila disebabkan oleh trauma, yang berlaku selepas tarikh **Orang Diinsuranskan** dilindungi secara berterusan di bawah polisi ini.

HARI hendaklah bermakna definisi **Hari** yang dikenakan caj, sebagaimana yang diguna pakai oleh **Hospital** yang berkenaan.

PEMBEDAHAN SIANG HARI hendaklah bermakna pesakit yang perlu menggunakan kemudahan pemulihan untuk prosedur **Pembedahan** yang dirancang terlebih dahulu di **Hospital** / klinik **Pakar** (tetapi bukan untuk penginapan waktu malam).

DOKTOR GIGI hendaklah bermakna orang yang mempunyai lesen sewajarnya atau berdaftar untuk mengamalkan bidang pergigian di kawasan geografi perkhidmatan diberikan, tetapi tidak termasuk **Doktor** atau **Pakar Bedah** yang merupakan **Orang Diinsuranskan** itu sendiri.

KEHILANGAN UPAYA hendaklah bermakna **Penyakit, Kesakitan, Keuzuran** atau seluruh **Kecederaan** yang disebabkan oleh punca atau siri punca yang berterusan.

DOKTOR atau **PAKAR PERUBATAN** atau **PAKAR BEDAH** hendaklah bermakna pengamal perubatan berdaftar yang layak dan berlesen untuk mengamalkan ilmu perubatan barat dan semasa memberikan rawatan sedemikian, menjalankan tugas dalam lingkungan bidang kuasa lesen dan latihannya dalam kawasan geografi amalannya, tetapi tidak termasuk **Doktor, Pakar Perubatan** atau **Pakar Bedah** yang merupakan **Orang Diinsuranskan** itu sendiri.

PERBELANJAAN LAYAK hendaklah bermakna perbelanjaan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** yang ditanggung akibat **Kehilangan Upaya** dilindungi tetapi tidak melebihi had Jadual Manfaat.

HOSPITAL hendaklah bermakna institusi yang semata-mata ditubuhkan dan didaftarkan sebagai **Hospital** untuk menjaga dan merawat orang yang sakit dan cedera sebagai pesakit yang menginap, dan yang:-

- (a) mempunyai kemudahan untuk diagnosis dan **Pembedahan** utama,
- (b) menyediakan perkhidmatan jagaan dua puluh empat (24) jam sehari oleh jururawat siswazah yang berdaftar,
- (c) berada di bawah penyeliaan seorang **Doktor**, dan
- (d) bukan semata-mata sebuah klinik, tempat penjagaan penagih alkohol atau dadah, pusat penjagaan atau rumah pemulihan atau rumah orang tua atau institusi yang serupa.

PENGINAPAN HOSPITAL hendaklah bermakna **Orang Diinsuranskan** didaftar dan dimasukkan sebagai pesakit dalam yang dirawat di **Hospital** selama lebih daripada dua belas (12) jam.

KEMASUKAN HOSPITAL hendaklah bermakna dimasukkan ke **Hospital** sebagai pesakit dalam yang berdaftar untuk rawatan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** bagi **Kehilangan Upaya** yang dilindungi apabila disyorkan oleh **Doktor**. Pesakit tidak akan dianggap sebagai pesakit dalam jika pesakit tersebut tidak menginap secara fizikal di **Hospital** untuk sepanjang tempoh dimasukkan ke **Hospital**.

KECEDERAAN hendaklah bermakna **Kecederaan** badan yang semata-mata disebabkan oleh **Kemalangan**.

ORANG DIINSURANSKAN hendaklah bermakna orang yang dinyatakan dalam Jadual Polisi termasuk Tanggungannya (jika berkenaan).

UNIT RAWATAN RAPI hendaklah bermakna satu bahagian di dalam **Hospital** yang dikhaskan sebagai **Unit Rawatan Rapi** oleh **Hospital** itu dan diselenggara sepanjang tempoh dua puluh empat (24) jam semata-mata untuk merawat pesakit dalam keadaan kritikal dan mempunyai kelengkapan untuk memberikan perkhidmatan kejururawatan dan perubatan khas yang tidak terdapat di tempat lain di **Hospital**.

HOSPITAL KERAJAAN MALAYSIA hendaklah bermakna **Hospital** yang mengenakan caj untuk perkhidmatan yang tertakluk kepada Akta Fi 1951 Perintah Fi (Perubatan) 1982 dan/atau pindaan selanjutnya, jika ada.

PERLU DARI SEGI PERUBATAN hendaklah bermakna perkhidmatan perubatan yang:-

- (a) konsisten dengan diagnosis dan rawatan perubatan lazim bagi **Kehilangan Upaya** yang dilindungi, dan

- (b) menurut piawaian amalan perubatan baik, konsisten dengan piawaian penjagaan perubatan profesional semasa, dan mempunyai manfaat perubatan yang terbukti, dan
- (c) bukan untuk Kesenangan **Orang Diinsuranskan** atau **Doktor**, dan tidak dapat disediakan secara munasabah di luar **Hospital** (jika dimasukkan sebagai pesakit dalam), dan
- (d) bukan bersifat eksperimen, penyiasatan atau penyelidikan, pencegahan atau pemeriksaan,
- (e) caj yang dikenakan adalah adil, munasabah dan lazim untuk **Kehilangan Upaya** tersebut.

PESAKIT LUAR hendaklah bermakna **Orang Diinsuranskan** yang menerima penjagaan atau rawatan perubatan tanpa dimasukkan ke **Hospital** dan termasuk rawatan di pusat penjagaan harian.

HAD TAHUNAN KESELURUHAN hendaklah bermakna manfaat yang perlu dibayar bagi perbelanjaan yang ditanggung untuk rawatan yang diberikan kepada **Orang Diinsuranskan** sepanjang Tempoh Insurans hendaklah terhad kepada **Had Tahunan Keseluruhan** seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, tanpa mengira jenis **Kehilangan Upaya**. Sekiranya **Had Tahunan Keseluruhan** telah dibayar, semua insurans untuk **Orang Diinsuranskan** di bawah ini hendaklah dihentikan bayarannya serta-merta bagi baki tahun polisi.

PEMEGANG POLISI hendaklah bermakna orang atau badan korporat yang mana Polisi ini telah dikeluarkan untuk melindungi orang yang dikenal pasti secara khusus sebagai **Orang Diinsuranskan** dalam Polisi ini.

TAHUN POLISI hendaklah bermakna tempoh (1) tahun termasuk tarikh kuat kuasa permulaan insurans dan sejurus selepas tarikh itu, atau tempoh satu (1) tahun selepas **Polisi Pembaharuan Atau Diperbaharui**.

PENYAKIT SEDIA ADA hendaklah terhad kepada **Kehilangan Upaya** yang wujud sebelum tarikh kuat kuasa perlindungan dan yang sewajarnya diketahui oleh Orang Diinsuranskan. **Orang Diinsuranskan** boleh dianggap wajar mengetahui tentang **Penyakit Sedia Ada** itu apabila:-

- (a) **Orang Diinsuranskan** telah atau sedang menerima rawatan;
- (b) nasihat perubatan, diagnosis, penjagaan atau rawatan telah disyorkan;
- (c) gejala yang jelas dan ketara dapat atau telah dilihat; atau
- (d) kewujudannya adalah jelas kepada orang yang berfikiran waras dalam keadaan itu.

UBAT PRESKRIPSI hendaklah bermakna ubat yang diberikan oleh **Doktor**, Ahli Farmasi Berdaftar atau **Hospital**, yang telah diberikan menerusi preskripsi oleh **Doktor** atau Pakar berkaitan dengan rawatan bagi **Kehilangan Upaya** yang dilindungi.

CAJ MUNASABAH DAN LAZIM hendaklah bermakna caj untuk penjagaan perubatan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** yang dianggap sebagai munasabah dan lazim setakat yang tidak melebihi kadar bayaran yang biasa dibuat oleh pihak lain yang setaraf di kawasan di tempat bayaran dikenakan, untuk memberikan rawatan, perkhidmatan atau bekalan yang sama atau setanding kepada individu sama jantina dan usia untuk **Kesakitan**, **Penyakit**, atau **Kecederaan** yang sama dan yang tidak boleh diabaikan berasaskan piawaian dan amalan perubatan umum tanpa menjejaskan keadaan kesihatan Orang Diinsuranskan.

POLISI PEMBAHARUAN ATAU DIPERBAHARUI hendaklah bermakna polisi yang telah **Diperbaharui** tanpa sebarang selang masa selepas tarikh luput Polisi sebelumnya dengan kandungan yang sama.

KEUZURAN, PENYAKIT ATAU KESAKITAN hendaklah bermakna keadaan fizikal yang berbeza dari segi patologi berbanding keadaan sihat biasa.

PAKAR hendaklah bermakna pengamal perubatan atau pergigian yang berdaftar dan berlesen di dalam kawasan geografi perkhidmatan di mana rawatan diberikan dan diklasifikasikan oleh pihak berkuasa kesihatan yang berkenaan sebagai seorang yang mempunyai kepakaran tinggi dan khas dalam bidang perubatan atau pergigian terkhusus, tetapi tidak termasuk **Doktor** atau **Pakar Bedah** yang merupakan **Orang Diinsuranskan** itu sendiri.

PENYAKIT KHUSUS hendaklah bermakna **Kehilangan Upaya** berikut dan kerumitan berkaitan dengannya, yang wujud dalam satu ratus dua puluh (120) **Hari** pertama Insurans bagi Orang Diinsuranskan:

- (a) Hipertensi, diabetes melitus dan **Penyakit** Kardiovaskular;
- (b) Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu sistem kencing dan sistem biliari;
- (c) Semua **Penyakit** telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak;
- (d) Hernia, hemoroid, fistula, hidrocele, varikosele;
- (e) Endometriosis termasuk **Penyakit** sistem Reproduktif;
- (f) Gangguan spina vertebra (termasuk cakera) dan **Penyakit** lutut.

PEMBEDAHAN hendaklah bermakna mana-mana prosedur perubatan berikut:

- (a) Untuk melakukan insisi, eksisi atau elektrokauteri mana-mana organ atau bahagian badan, kecuali perkhidmatan pergigian.
- (b) Untuk memperbaiki, memperbetulkan atau membina semula mana-mana organ atau bahagian badan.
- (c) Untuk membetulkan tulang patah atau dislokasi menerusi manipulasi.
- (d) Penggunaan endoskopi untuk mengeluarkan batu atau objek dari larinks, bronkus, trakea, esofagus, perut, usus, pundi kencing atau uretra.

CUKAI ialah apa-apa bayaran semasa atau akan datang, langsung atau tidak langsung, **Cukai**, levi atau duti termasuk

Cukai penggunaan atau apa-apa **Cukai** seumpamanya, yang dikenakan kepada barangan atau perkhidmatan oleh kerajaan atau pihak berkuasa percukaian.

TEMPOH MENUNGGU hendaklah bermakna tiga puluh (30) **Hari** pertama antara permulaan **Kehilangan Upaya Orang Diinsuranskan** dan permulaan tarikh polisi ini / tarikh penyambungan dan berkuatkuasa hanya jika orang tersebut dilindungi buat kali pertama. Tempoh ini tidak berkuat kuasa selepas tahun pertama perlindungan. Bagaimanapun, jika terdapat selang masa antara insurans, **Tempoh Menunggu** akan berkuat kuasa sekali lagi.

Kami/Syarikat bermaksud Zurich General Insurance Malaysia Berhad, yang merupakan **Syarikat** insurans / pengeluar polisi. **Anda** bermaksud Pemegang Polisi dan/atau Orang Yang Diinsuranskan seperti yang berkenaan.

KETERANGAN MANFAAT

BILIK DAN MAKANAN HOSPITAL HARIAN

Pembayaran balik **Caj Munasabah Dan Lazim** yang **Perlu Dari Segi Perubatan** untuk bilik penginapan dan makanan. Jumlah manfaat hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh **Hospital** semasa penginapan Orang Diinsuranskan, tetapi dalam apa jua keadaan manfaat bagi mana-mana satu **Hari** tidak boleh melebihi kadar Manfaat Bilik dan Makanan atau bilangan **Hari** maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. **Orang Diinsuranskan** hanya layak mendapat manfaat ini semasa menginap di **Hospital** sebagai pesakit dalam.

UNIT RAWATAN RAPI

Pembayaran balik **Caj Munasabah Dan Lazim** yang **Perlu Dari Segi Perubatan** yang ditanggung semasa menginap sebagai pesakit dalam di **Unit Rawatan Rapi Hospital**. Manfaat yang dibayar hendaklah sama dengan caj sebenar yang dikenakan oleh **Hospital** tertakluk kepada manfaat maksimum bagi mana-mana satu **Hari**, dan bilangan **Hari** maksimum, seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Apabila tempoh penginapan di **Unit Rawatan Rapi** melebihi bilangan **Hari** maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat, pembayaran balik akan dihadkan kepada kadar biasa Bilik dan Makanan Harian **Hospital**. Manfaat Bilik dan Makanan **Hospital** harian tidak akan dibayar bagi tempoh penginapan sama di mana Manfaat **Unit Rawatan Rapi** Harian perlu dibayar.

BEKALAN & PERKHIDMATAN HOSPITAL

Pembayaran balik **Caj Munasabah Dan Lazim Perlu Dari Segi Perubatan** yang sebenarnya ditanggung untuk penjagaan kejururawatan am yang, ubat yang diberikan secara preskripsi dan diambil, pembalut, penganduh, acuan plaster, x-ray, pemeriksaan makmal, elektrokardiogram, fisioterapi, ujian metabolisme asas, suntikan dan larutan intravena, pemberian plasma darah tetapi tidak termasuk kos darah dan plasma semasa **Orang Diinsuranskan** menginap sebagai pesakit dalam di **Hospital**, sehingga jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

BILIK PEMBEDAHAN

Pembayaran balik **Caj Munasabah Dan Lazim** untuk penggunaan Bilik **Pembedahan** yang berkaitan dengan prosedur **Pembedahan** tidak melebihi had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

UJIAN DIAGNOSTIK PRA-PEMBEDAHAN

Pembayaran balik **Caj Munasabah Dan Lazim** bagi ECG, X-ray dan ujian makmal yang **Perlu Dari Segi Perubatan**, yang dilakukan untuk tujuan diagnosis kerana **Kecederaan** atau **Penyakit** yang berkaitan dengan **Kehilangan Upaya** sebelum **Pembedahan**, dalam bilangan **Hari** maksimum seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, yang dilakukan di **Hospital** dan disyorkan oleh pengamal perubatan yang berkecuali. Pembayaran tidak akan dibuat bagi perkhidmatan diagnosis tersebut jika **Orang Diinsuranskan** tidak menjalani **Pembedahan** sebagai rawatan bagi masalah perubatan yang disahkan menerusi diagnosis. Ubat dan caj rundingan yang dikenakan oleh pengamal perubatan tidak akan dibayar.

RUNDINGAN PAKAR PRA-PEMBEDAHAN

Pembayaran Balik **Caj Munasabah Dan Lazim** bagi rundingan kali pertama oleh **Pakar** di **Hospital** sebelum **Pembedahan** yang berkaitan dengan **Kehilangan Upaya**, dalam bilangan **Hari** dan jumlah maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat dan dengan syarat rundingan tersebut **Perlu Dari Segi Perubatan** dan telah disyorkan secara bertulis oleh pengamal perubatan yang merawat.

Pembayaran tidak akan dibuat bagi rawatan klinikal (termasuk ubat dan rundingan selanjutnya selepas **Penyakit** disahkan menerusi diagnosis) atau apabila **Pembedahan** tidak dilakukan ke atas **Orang Diinsuranskan** untuk merawat masalah perubatan yang disahkan menerusi diagnosis.

YURAN PEMBEDAHAN

Pembayaran balik **Caj Munasabah Dan Lazim** untuk **Pembedahan** yang **Perlu Dari Segi Perubatan** oleh **Pakar**, termasuk penilaian prapembedahan semasa **Pakar** melawat **Orang Diinsuranskan** dan penjagaan selepas **Pembedahan** sehingga jumlah dan bilangan **Hari** maksimum dari tarikh **Pembedahan**, tetapi terhad pada tempoh maksimum yang ditunjukkan dalam Jadual Manfaat. Jika lebih daripada satu **Pembedahan** dilakukan bagi **Mana-Mana Satu Kehilangan Upaya**, jumlah pembayaran bagi semua **Pembedahan** yang dilakukan tidak boleh melebihi jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

YURAN PAKAR BIUS

Pembayaran balik **Caj Munasabah Dan Lazim** oleh **Pakar** Bius untuk pemberian ubat bius yang **Perlu Dari Segi Perubatan**

yang tidak melebihi had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

UJIAN DIAGNOSTIK PRA-HOSPITAL

Pembayaran balik **Caj Munasabah Dan Lazim** bagi ECG, X-ray dan ujian makmal di **Hospital** yang **Perlu Dari Segi Perubatan** yang untuk tujuan diagnosis bagi **Kecederaan** atau **Penyakit** yang berkaitan dengan **Kehilangan Upaya** sebelum dimasukkan ke **Hospital** dalam bilangan **Hari** dan jumlah maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat dan yang disyorkan oleh pengamal perubatan yang berkeelayakan. Pembayaran tidak akan dibuat bagi perkhidmatan diagnosis tersebut jika **Orang Diinsuranskan** tidak dimasukkan ke **Hospital** untuk merawat masalah perubatan yang disahkan menerusi diagnosis. Ubat dan caj rundingan yang dikenakan oleh pengamal perubatan tidak akan dibayar.

RUNDINGAN PAKAR PRA-HOSPITAL

Pembayaran balik **Caj Munasabah Dan Lazim** bagi rundingan kali pertama oleh **Pakar** berkaitan dengan **Kehilangan Upaya** dalam bilangan **Hari** dan jumlah maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat sebelum kemasukan ke **Hospital** dan dengan syarat rundingan tersebut **Perlu Dari Segi Perubatan** dan disyorkan secara bertulis oleh pengamal perubatan yang merawat.

Bayaran tidak akan dibuat bagi rawatan klinikal (termasuk ubat dan rundingan selanjutnya selepas **Penyakit** disahkan menerusi diagnosis) atau apabila **Orang Diinsuranskan** tidak dimasukkan ke **Hospital** untuk merawat masalah perubatan yang disahkan.

LAWATAN DOKTOR DI HOSPITAL

Pembayaran balik **Caj Munasabah Dan Lazim** yang dikenakan oleh **Doktor** untuk lawatan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** ke atas pesakit dalam membayar yang menginap di **Hospital** yang dimasukkan kerana **Kehilangan Upaya** yang tidak memerlukan **Pembedahan** tertakluk kepada maksimum satu (1) lawatan sehari tidak melebihi bilangan **Hari** dan jumlah maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

RAWATAN SELEPAS PENGHOSPITALAN

Pembayaran balik **Caj Munasabah Dan Lazim** yang ditanggung bagi rawatan susulan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** oleh **Doktor** sama yang merawat, dalam bilangan **Hari** dan jumlah maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat serta-merta selepas keluar **Hospital** bagi **Kehilangan Upaya** yang tidak memerlukan **Pembedahan**. Ini termasuk ubat yang diberikan semasa rawatan susulan tetapi tidak melebihi bekalan yang diperlukan untuk bilangan **Hari** maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

RAWATAN PESAKIT LUAR KECEMASAN AKIBAT KEMALANGAN

Pembayaran Balik **Caj Munasabah Dan Lazim** yang ditanggung sehingga maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, disebabkan oleh **Kecederaan** badan yang dilindungi yang timbul daripada **Kemalangan**, bagi rawatan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** sebagai **Pesakit Luar** di mana-mana klinik atau **Hospital** berdaftar dalam masa dua puluh empat (24) jam selepas **Kemalangan** yang menyebabkan **Kecederaan** badan yang dilindungi. Rawatan susulan oleh klinik berdaftar atau **Hospital** sama untuk **Kecederaan** badan dilindungi yang sama akan diberikan sehingga jumlah maksimum dan bilangan **Hari** maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

YURAN AMBULANS

Pembayaran balik **caj Munasabah Dan Lazim** yang ditanggung untuk perkhidmatan ambulans dalam negeri yang diperlukan (termasuk atendan) untuk perjalanan ke dan/atau dari **Hospital** penginapan. Pembayaran tidak akan dibuat jika **Orang Diinsuranskan** tidak dimasukkan ke **Hospital** dan tertakluk kepada had seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

RAWATAN FISIOTERAPI PESAKIT LUAR

Pembayaran balik **Caj Munasabah Dan Lazim** yang ditanggung bagi rawatan fisioterapi **Pesakit Luar** yang dirujuk secara bertulis oleh **Doktor Pakar** berlesen selepas **Pembedahan** atau rawatan di dalam **Hospital**, dalam masa sembilan puluh (90) **Hari** dari tarikh pengeluaran **Hospital** / **Pembedahan** bagi **Mana-Mana Satu Kehilangan Upaya** sehingga maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Bagaimanapun, pembayaran tidak akan dibuat bagi ubat / rawatan dan rundingan selanjutnya dengan **Doktor Pakar** yang sama.

RAWATAN DIALISIS BUAH PINGGANG PESAKIT LUAR BULANAN

Jika **Orang Diinsuranskan** disahkan menghidap Kegagalan Buah Pinggang seperti yang ditakrifkan di bawah, **Kami** akan membayar balik **Caj Munasabah Dan Lazim** yang ditanggung bagi rawatan dialisis buah pinggang yang **Perlu Dari Segi Perubatan** yang dilakukan oleh pusat dialisis yang didaftarkan secara sah tertakluk kepada had **Kehilangan Upaya** yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Rawatan tersebut (dialisis tidak termasuk rundingan, ujian pemeriksaan, ubat yang dibawa pulang) mesti diterima di jabatan **Pesakit Luar Hospital** atau pusat rawatan dialisis berdaftar serta-merta selepas Pengeluaran **Hospital** atau **Pembedahan**.

Kegagalan Buah Pinggang bermakna kegagalan ginjal peringkat akhir yang muncul sebagai kegagalan kronik, fungsi kedua-dua buah pinggang yang tidak boleh dipulihkan menyebabkan dialisis ginjal dimulakan.

Adalah menjadi syarat khusus Manfaat ini bahawa walaupun dengan pengecualian keadaan sedia ada, Manfaat ini tidak akan dibayar kepada mana-mana **Orang Diinsuranskan** yang telah mengalami **Penyakit** ginjal kronik dan/atau menerima rawatan dialisis sebelum tarikh kuat kuasa Insurans.

RAWATAN KANSER PESAKIT LUAR BULANAN

Jika **Orang Diinsuranskan** disahkan menghidap Kanser seperti yang ditakrifkan di bawah, **Kami** akan membayar balik **Caj Munasabah Dan Lazim** bagi rawatan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** bagi kanser, yang dilakukan di pusat rawatan kanser yang didaftarkan secara sah tertakluk kepada had **Kehilangan Upaya** ini seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

Rawatan tersebut (radioterapi atau kemoterapi tidak termasuk rundingan, ujian pemeriksaan, ubat yang dibawa pulang) mesti diterima di jabatan **Pesakit Luar Hospital** atau pusat rawatan kanser berdaftar serta-merta selepas keluar **Hospital** atau selepas **Pembedahan**.

Kanser ditakrifkan sebagai pertumbuhan dan penyebaran sel malignan yang tidak terkawal dan penaklukan dan pemusnahan tisu normal di mana rawatan campur tangan penting atau **Pembedahan** (tidak termasuk prosedur endoskopi semata-mata) dianggap perlu dilakukan. Kanser mesti disahkan berasaskan bukti histologi kemalignanan. Keadaan berikut dikecualikan:

- (a) Karsinoma in situ termasuk serviks;
- (b) Karsinoma Duktus payu dara;
- (c) Karsinomal Papilari pundi kencing & Kanser Prostat Peringkat satu (1);
- (d) Semua kanser kulit kecuali melanoma malignan;
- (e) **Penyakit** Hodgkin Peringkat satu (1);
- (f) Tumor yang muncul sebagai kerumitan AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan **Penyakit**).

Adalah menjadi syarat khusus Manfaat ini bahawa walaupun dengan pengecualian keadaan sedia ada, Manfaat ini tidak akan dibayar kepada **Orang Diinsuranskan** yang telah disahkan sebagai penghidap kanser dan/atau menerima rawatan kanser sebelum tarikh kuat kuasa insurans.

PEMINDAHAN ORGAN

Pembayaran balik **Caj Munasabah Dan Lazim** yang ditanggung untuk **Pembedahan** pemindahan bagi **Orang Diinsuranskan** yang menjadi penerima pemindahan buah pinggang, jantung, paru-paru, hati atau sumsum tulang. Pembayaran bagi Manfaat ini dibuat hanya sekali seumur hidup semasa polisi ini berkuat kuasa dan tertakluk kepada had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Kos pemerolehan organ dan semua kos yang ditanggung oleh penyumbang tidak akan dilindungi.

ELAUN TUNAI HARIAN DI HOSPITAL KERAJAAN

Pembayaran elaun tunai harian bagi setiap **Hari Orang Diinsuranskan** menginap di **Hospital Kerajaan Malaysia** bagi **Kehilangan Upaya** dilindungi, dengan syarat **Orang Diinsuranskan** dikenakan kadar Bilik dan Makanan yang tidak melebihi jumlah dan bilangan **Hari** yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Pembayaran tidak akan dibuat bagi sebarang pemindahan antara **Hospital** Swasta dan **Hospital** Kerajaan dinyatakan Malaysia bagi **Kehilangan Upaya** yang dilindungi.

MANFAAT PENJAGA HARIAN KANAK-KANAK DIINSURANSKAN

Pembayaran balik perbelanjaan bagi makanan dan penginapan yang ditanggung untuk menemani Kanak-Kanak Diinsuranskan (berusia di bawah lima belas (15) tahun) di **Hospital** tetapi tidak melebihi had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

CUKAI KE ATAS PERBELANJAAN YANG LAYAK

Manfaat yang perlu dibayar untuk Perbelanjaan Yang Layak di bawah polisi ini hendaklah termasuk **Cukai**.

PERUNTUKAN KHAS

ORANG YANG LAYAK

Orang yang layak dilindungi di bawah Polisi ini ialah:

- (a) Sesiapa yang berusia antara tiga puluh (30) **Hari** dan enam puluh (60) tahun dan boleh **Diperbaharui** sehingga usia tujuh puluh (70) tahun;
- (b) Orang yang bermastautin di Malaysia sahaja.

TEMPOH PERLINDUNGAN DAN PEMBAHARUAN

Polisi ini akan berkuat kuasa pada tarikh yang dinyatakan dalam Jadual. Ulang Tahun Polisi adalah satu (1) tahun selepas tarikh kuat kuasa dan setiap tahun selepas itu. Pada setiap Ulang Tahun, Polisi ini boleh **Diperbaharui** pada kadar premium yang berkuat kuasa pada waktu itu, seperti yang dimaklumkan oleh **Kami**.

Polisi ini boleh **Diperbaharui** atas pilihan **Kami**. Premium pembaharuan yang perlu dibayar adalah tidak dijamin dan **Kami** berhak untuk menyemak semula kadar premium yang berkuat kuasa pada masa pembaharuan. Perubahan sedemikian, jika ada, hendaklah berkuat kuasa kepada semua pemegang polisi tidak kira pengalaman tuntutan mereka berasaskan penilaian risiko **Kami**. Permohonan bagi perubahan manfaat kepada pelan berfaedah lebih tinggi hanya boleh dibuat semasa pembaharuan dan tertakluk kepada penerimaan **Kami** apabila **Diperbaharui**.

WILAYAH GEOGRAFI

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

RAWATAN LUAR NEGARA

Jika **Orang Diinsuranskan** membuat keputusan atau dirujuk untuk dirawat di luar Malaysia oleh **Doktor** yang memberikan rawatan, manfaat bagi rawatan hendaklah terhad kepada **Caj Munasabah Dan Lazim** dan **Perlu Dari Segi Perubatan** bagi rawatan tempatan yang sebanding di Malaysia dan hendaklah mengecualikan kos pengangkutan ke tempat rawatan.

PENGECUALIAN

Polisi ini tidak melindungi sebarang **Kemasukan Hospital, Pembedahan** atau caj yang secara langsung atau tidak langsung, sepenuhnya atau sebahagiannya, disebabkan oleh mana-mana satu daripada kejadian di bawah:

1. **Penyakit Sedia Ada.**
2. **Penyakit** terkhusus yang berlaku dalam tempoh satu ratus dua puluh (120) **Hari** pertama perlindungan berterusan.
3. Sebarang keadaan perubatan atau fizikal yang timbul dalam masa tiga puluh (30) **Hari** pertama perlindungan **Orang Diinsuranskan** atau pada tarikh penyambungan, yang mana lebih lewat kecuali bagi **Kecederaan** akibat **Kemalangan**.
4. **Pembedahan** plastik / kosmetik, berkhatan, pemeriksaan mata, kaca mata dan pembiasan atau **Pembedahan** pembedulan rabun jauh (Keratotomy Radial) dan penggunaan atau pembelian alat prostetik luaran atau alat seperti kaki palsu, alat bantuan pendengaran, pemasangan perentak jantung dan preskripsi baginya.
5. Masalah pergigian termasuk rawatan pergigian atau **Pembedahan** mulut kecuali yang diperlukan kerana **Kecederaan** Akibat **Kemalangan** kepada gigi asal yang utuh yang berlaku sepenuhnya dalam Tempoh Insurans.
6. Perkhidmatan kejururawatan peribadi, rehat pemulihan atau penjagaan sanitaria, ubat haram, mabuk, pemandulan, **Penyakit** kelamin dan susulannya, AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan **Penyakit**) atau ARC (Kerumitan Berkaitan AIDS) dan **Penyakit** berkaitan HIV (Virus yang menyebabkan AIDS), dan sebarang **Penyakit** berjangkit yang memerlukan kuarantin di bawah undang-undang.
7. Sebarang rawatan atau **Pembedahan** kerana keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk **Penyakit** keturunan.
8. Kehamilan, kelahiran **Anak** (termasuk kelahiran melalui **Pembedahan**), keguguran, pengguguran dan penjagaan dan **Pembedahan** sebelum atau selepas bersalin, kaedah mencegah kehamilan secara mekanikal atau kimia atau rawatan kesuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan mati pucuk atau pemandulan.
9. **Kemasukan Hospital** terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis, pemeriksaan X-ray, pemeriksaan fizikal atau perubatan umum, tidak berkaitan dengan rawatan atau diagnosis **Kehilangan Upaya** yang dilindungi atau sebarang rawatan yang Tidak **Perlu Dari Segi Perubatan** dan sebarang rawatan pencegahan, ubat atau pemeriksaan pencegahan yang dijalankan oleh seorang **Pakar Perubatan**, dan rawatan khusus untuk menurunkan atau menaikkan berat badan.
10. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau sengaja mencederakan diri sendiri dalam keadaan siuman atau tidak siuman.
11. Peperangan atau sebarang tindakan peperangan, diisytiharkan atau tidak diisytiharkan, kegiatan jenayah atau pengganas, perkhidmatan aktif dalam angkatan tentera, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan dan kekacauan awam atau pemberontakan.
12. Radiasi pengionan atau pencemaran akibat kegiatan radioaktif daripada mana-mana bahan api nuklear atau daripada bahan buangan nuklear daripada pembakaran nuklear atau bahan senjata nuklear.
13. Perbelanjaan yang ditanggung kerana menderma mana-mana organ badan oleh **Orang Diinsuranskan** dan kos yang ditanggung oleh penderma semasa pemindahan organ dan kerumitannya.
14. Penyiasatan dan rawatan untuk gangguan tidur atau dengkur, terapi penggantian hormon seperti rawatan, perkhidmatan atau bekalan perubatan termasuk tetapi tidak terhad kepada perkhidmatan kiropraktik, akupunktur, akutekunan, refleksologi, penetapan tulang, rawatan **Pakar** herba, urut atau aromaterapi atau rawatan alternatif lain.
15. Rawatan atau penjagaan di mana pembayaran tidak diperlukan setakat mana ia dijelaskan oleh sebarang insurans atau indemniti lain yang melindungi **Orang Diinsuranskan** dan **Kehilangan Upaya** yang timbul daripada pekerjaan atau profesional yang dilindungi di bawah Kontrak Insurans Pampasan Pekerja.
16. Gangguan psikotik, mental atau saraf (termasuk sebarang neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatik).
17. Kos / perbelanjaan untuk perkhidmatan bukan berbentuk perubatan, seperti televisyen, telefon, perkhidmatan teleks, radio atau kemudahan yang serupa, kit/pek **Kemasukan Hospital** dan barangan bukan perubatan lain yang tidak layak.
18. **Kesakitan** atau **Kecederaan** yang timbul daripada sebarang jenis perlumbaan (kecuali perlumbaan menggunakan kaki), sukan berbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjun udara, luncur air, aktiviti bawah air yang memerlukan alat pernafasan,

sukan musim salji, sukan profesional dan aktiviti haram.

19. Penerbangan peribadi selain daripada sebagai penumpang yang membayar tambang dalam sebarang penerbangan terjadual komersil yang membawa penumpang mengikut laluan tetap.
20. Perbelanjaan yang ditanggung untuk pertukaran jantina.

SYARAT AM

Polisi ini dan Jadual Manfaat hendaklah dibaca bersama sebagai satu (1) 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.

NOTIS

Setiap notis atau komunikasi kepada **Kami** hendaklah dibuat secara bertulis dan dihantar kepada **Kami**. Perubahan kepada terma Polisi ini, atau sebarang pengendorsan kepadanya, tidak akan dianggap sah melainkan ditandatangani atau diparap oleh seorang wakil yang diberi kuasa oleh **Kami**.

SYARAT SEBELUM LIABILITI DITERIMA

Sebagai syarat sebelum **Kami** menerima sebarang tanggungan, **Orang Diinsuranskan** hendaklah mematuhi dan memenuhi terma, peruntukan dan syarat Polisi ini dengan sewajarnya dan sejauh mana ia melibatkan sebarang perkara yang perlu dilakukan dan dipatuhi oleh Orang Diinsuranskan.

KEWAJIPAN PENDEDAHAN

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

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

SALAH NYATA USIA

Jika usia **Orang Diinsuranskan** disalahnyatakan dan akibatnya premium yang dibayar adalah tidak mencukupi, sebarang tuntutan yang perlu dibayar di bawah Polisi ini akan dikira secara pro rata berasaskan premium sebenar yang dibayar berbanding premium sebenar yang patut dikenakan untuk tahun tersebut. Sebarang kelebihan premium, yang mungkin telah dibayar disebabkan oleh salah nyata usia, hendaklah dipulangkan tanpa faedah. Jika pada usia yang betul, **Orang Diinsuranskan** tidak layak bagi perlindungan di bawah Polisi ini, manfaat tidak akan dibayar.

PREMIUM

Sepanjang Tempoh Insurans, premium insurans di bawah Polisi ini adalah tidak dijamin dan hendaklah berasaskan kadar premium yang berkuat kuasa pada masa pembaharuan. Premium perlu dibayar pada kadar premium menurut usia yang dicapai oleh setiap ahli pada setiap ulang tahun polisi.

Kami berhak untuk menukar kadar di mana premium dikira, pada permulaan mana-mana Tahun Polisi, dengan syarat **Kami** memaklumkan Pemegang Polisi sekurang-kurangnya tiga puluh (30) **Hari** lebih awal daripada tarikh premium tersebut perlu dibayar.

PEMBAYARAN BALIK PENUH DI HOSPITAL KERAJAAN

Caj bagi perbelanjaan perubatan layak akan ditanggung sepenuhnya untuk rawatan di **Hospital Kerajaan Malaysia** bagi setiap **Penyakit** atau **Kecederaan**, dengan syarat pihak yang membuat tuntutan tidak berpindah daripada atau kepada **Hospital** swasta untuk rawatan dan bilik dan makanan tidak lebih daripada yang disediakan di bawah pelan dipilih yang boleh digunakan pihak yang membuat tuntutan.

TEMPOH MENUNGGU

Kelayakan untuk manfaat bermula tiga puluh (30) **Hari** selepas **Orang Diinsuranskan** telah dimasukkan dalam Polisi, kecuali

bagi **Kemalangan** yang Dilindungi yang berlaku selepas tarikh kuat kuasa perlindungan.

PERUBAHAN RISIKO

Orang Diinsuranskan hendaklah memberi notis serta-merta secara bertulis kepada **Kami** mengenai sebarang perubahan penting dalam pekerjaan, perniagaan, tugas atau kegiatannya dan membayar sebarang premium tambahan yang mungkin dikehendaki oleh **Kami**.

POLISI PENGAMBILALIHAN

Jika Polisi ini telah bermula serta-merta selepas penamatan polisi sebelumnya dan jika **Orang Diinsuranskan** telah mengalami **Kehilangan Upaya** perubatan sebelum atau pada masa Polisi ini bermula (dan manfaat di bawah polisi sebelumnya patut diberikan kepadanya), **Orang Diinsuranskan** sedemikian boleh terus dilindungi untuk keadaan yang dialami, tetapi tidak boleh melebihi had polisi sebelumnya dengan syarat **Kami** telah mendapatkan salinan polisi yang sebelumnya.

POLISI DINAIK TARAF

Jika Manfaat Layak bagi mana-mana **Orang Diinsuranskan** di bawah syarat Polisi ditambah semasa ia berkuat kuasa atau semasa Pembaharuan atau penggantian dan jika **Orang Diinsuranskan** mengalami **Kehilangan Upaya** sebelum atau pada masa Manfaat ditambah, Had Manfaat yang perlu dibayar bagi **Kehilangan Upaya** tersebut hendaklah tidak melebihi Had Manfaat sebelum tarikh Manfaat dinaik taraf.

POLISI PERTUKARAN

Jika Manfaat Layak di bawah Polisi ini telah ditukarkan daripada perlindungan sedia ada dengan 'Had Dalam' kepada perlindungan **Mengikut Caj Yang Dikenakan/Pembayaran Balik Penuh** dan jika **Orang Diinsuranskan** tersebut telah mengalami **Kehilangan Upaya** sebelum masa Manfaat ditukarkan, manfaat yang perlu dibayar bagi **Kehilangan Upaya** tersebut hendaklah mengikut Jadual Manfaat sebelum tarikh Manfaat Layak telah ditukarkan.

PEMASTAUTIN LUAR NEGARA

Tiada manfaat akan dibayar bagi sebarang rawatan perubatan yang diterima oleh **Orang Diinsuranskan** di luar Malaysia, jika **Orang Diinsuranskan** bermastautin atau mengembara di luar Malaysia selama lebih daripada sembilan puluh (90) **Hari** secara berturut-turut.

PENSIJILAN, MAKLUMAT DAN BUKTI

Semua sijil, maklumat, laporan perubatan dan bukti yang diperlukan oleh **Kami** hendaklah dikemukakan atas perbelanjaan **Orang Diinsuranskan**, dan dalam bentuk yang mungkin diperlukan oleh **Kami**. Dalam sebarang keadaan, semua notis yang perlu diberikan oleh Pemegang Polisi seperti yang ditetapkan oleh **Kami** hendaklah diberikan secara bertulis dan dialamatkan kepada **Kami**. **Orang Diinsuranskan** hendaklah, atas permintaan dan perbelanjaan **Kami**, menjalani pemeriksaan perubatan apabila dianggap perlu.

PEMBAYARAN BERSAMA BILIK DAN MAKANAN DINAIK TARAF

Jika **Orang Diinsuranskan** dimasukkan ke **Hospital** pada kadar Bilik & Makanan lebih tinggi daripada manfaat yang layak diterimanya, **Orang Diinsuranskan** hendaklah menanggung dua puluh peratus (20%) daripada manfaat-manfaat lain yang anda layak yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

SUMBANGAN

Jika **Orang Diinsuranskan** mempunyai insurans lain yang melindungi **Penyakit** atau **Kecederaan** yang dilindungi oleh Polisi ini, **Kami** tidak akan bertanggungjawab terhadap bahagian **Penyakit** atau **kecederaan** tersebut yang lebih besar daripada jumlah yang ditetapkan di bawah Polisi ini berbanding jumlah semua insurans sah yang melindungi **Penyakit** atau **Kecederaan** tersebut.

PROSEDUR TUNTUTAN

- (a) Dalam tempoh tiga puluh (30) **Hari** selepas mengalami **Kehilangan Upaya** yang membabitkan perbelanjaan yang boleh dituntut, **Orang Diinsuranskan** hendaklah memberikan notis bertulis kepada **Kami** dengan mengemukakan butiran lengkap tentang kejadian tersebut, termasuk semua bil dan resit asal, dan laporan penuh **Doktor** yang menyatakan pendapatnya tentang diagnosis **Penyakit** yang dirawat dan tarikh **Kehilangan Upaya** berlaku, serta ringkasan kos rawatan termasuk ubat dan perkhidmatan yang diberikan oleh **Doktor**. Kegagalan untuk memberikan notis dalam tempoh yang ditetapkan tidak membatalkan sebarang tuntutan jika didapati notis tersebut tidak dapat diberikan dengan sewajarnya dan notis tersebut telah diberikan secepat yang mungkin.
- (b) **Orang Diinsuranskan** hendaklah serta-merta mendapatkan dan bertindak mengikut nasihat perubatan yang wajar dan **Kami** tidak bertanggungjawab sekiranya sesuatu rawatan atau perkhidmatan menjadi perlu disebabkan kegagalan **Orang Diinsuranskan** untuk berbuat demikian.

BUKTI KEHILANGAN

Apabila menerima notis sedemikian, **Kami** akan memberikan borang kepada Pihak Yang Menuntut untuk memfailkan bukti kehilangan. Jika borang tidak diberikan dalam masa lima belas (15) **Hari**, dengan mengemukakan bukti bertulis tentang kejadian, keadaan dan setakat mana kehilangan dialami Pihak yang Menuntut hendaklah dianggap mematuhi keperluan peruntukan ini.

MEMFAILKAN BUKTI KEHILANGAN

Bukti **Kehilangan Upaya** mesti dikemukakan kepada **Kami** dalam kes tuntutan bagi **Kehilangan Upaya** dalam masa sembilan puluh **Hari** selepas tempoh tamat **Kehilangan Upaya** yang perlu ditanggung **Kami**, dan dalam kes tuntutan bagi sebarang kehilangan lain, dalam masa sembilan puluh (90) **Hari** selepas tarikh kehilangan tersebut.

PEMERIKSAAN PERUBATAN

Kami berhak untuk memeriksa badan pemegang insurans sekiranya wajar dan diperlukan dan melakukan autopsi sekiranya berlaku kematian selagi tidak dilarang di bawah undang-undang.

TUNTUTAN TIDAK LENGKAP

Semua tuntutan hendaklah dikemukakan kepada **Kami** dalam masa tiga puluh (30) **Hari** selepas peristiwa di mana tuntutan dibuat. Tuntutan tidak dianggap lengkap dan Manfaat Layak tidak akan dibayar melainkan semua bil bagi tuntutan tersebut telah dikemukakan dan dipersetujui oleh **Kami**. Hanya kos sebenar ditanggung akan dipertimbangkan untuk pembayaran balik. Sebarang perubahan atau penepian bagi yang disebut di atas adalah atas budi bicara tunggal **Kami**.

PENIMBANGTARAAN

Semua pertikaian yang timbul daripada Polisi hendaklah dirujuk kepada Penimbangtara yang akan dilantik secara bertulis oleh pihak yang bercanggah. Sekiranya mereka tidak bersetuju tentang siapa yang patut menjadi Penimbangtara dalam tempoh satu (1) bulan selepas diperlukan secara bertulis untuk berbuat demikian, maka kedua-dua pihak berhak untuk melantik seorang Penimbangtara bagi setiap pihak yang akan mendengar pertikaian tersebut bersama seorang Pengadil, yang dilantik oleh kedua-dua Penimbangtara. Tetapi peruntukan ini adalah dengan syarat bahawa sebarang penafian tanggungan oleh **Kami** bagi sebarang tuntutan di bawah ini mesti dirujuk kepada Penimbangtara dalam tempoh dua belas (12) bulan kalendar dari tarikh tuntutan sedemikian.

PEMBATALAN

Polisi ini boleh dibatalkan oleh Pemegang Polisi pada bila-bila masa dengan memberi notis bertulis kepada **Kami** dan, dengan syarat tiada tuntutan dibuat dalam tahun Polisi semasa, Pemegang Polisi berhak untuk mendapatkan bayaran balik premium seperti berikut:

Tempoh Tidak Melebihi	Bayaran Balik Premium Tahunan
15 hari	90% (bagi pembaharuan sahaja)
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 lebih 11 bulan	Tiada Bayaran Balik

PENAMATAN AUTOMATIK

Insurans **Orang Diinsuranskan** akan tamat secara automatik apabila berlaku mana-mana kejadian berikut, yang mana lebih awal:

- apabila **Orang Diinsuranskan** meninggal dunia; atau
- pada Ulang Tahun Polisi selepas **Hari** jadi ketujuh puluh (70) **Orang Diinsuranskan**; atau
- jika jumlah manfaat yang dibayar di bawah Polisi sejak Ulang Tahun terakhir Polisi melebihi Had Keseluruhan Tahunan bagi Tahun Polisi berkenaan; atau
- pada tengah malam waktu piawai Malaysia pada **Hari** terakhir Tempoh Insurans melainkan **Orang Diinsuranskan** sudah berada di **Hospital** pada masa tersebut. Sekiranya ini berlaku, masa penamatan akan dilanjutkan kepada:
 - masa **Orang Diinsuranskan** keluar **Hospital**; atau
 - masa apabila Had Keseluruhan habis digunakan; yang mana berlaku terlebih dahulu.

Penamatan Polisi ini tidak akan menjejaskan sebarang tuntutan yang timbul sebelum penamatan tersebut. Pembayaran atau penerimaan sebarang premium di bawah ini selepas penamatan Polisi tidak akan mewujudkan liabiliti tetapi **Kami** akan memulangkan sebarang premium tersebut.

PINDAAN

Kami berhak untuk meminda terma dan peruntukan Polisi ini dengan memberikan notis bertulis tiga puluh (30) **Hari** terlebih dahulu melalui pos biasa ke alamat terakhir Pemilik dalam rekod **Kami** dengan alasan yang sah, dan pindaan tersebut hendaklah berkuat kuasa dari tarikh pembaharuan akan datang Polisi ini. Pindaan Polisi ini tidak sah melainkan disahkan oleh **Kami** dan kelulusan tersebut diendors di dalamnya. Penanggung Insurans hendaklah memberikan notis bertulis tiga puluh (30) **Hari** kepada Pemegang Insurans di alamat terakhir dalam rekodnya bagi sebarang pindaan yang dibuat.

PEMBATALAN POLISI

Polisi ini dianggap batal jika Cadangan dan Perakuan yang dibuat oleh **Orang Diinsuranskan** atau sebarang kenyataan bertulis yang diberikan oleh **Orang Diinsuranskan** adalah tidak benar dalam segala hal, atau jika sebarang fakta penting yang

mempengaruhi risiko dinyatakan atau dimaklumkan secara tidak betul atau gagal dinyatakan dalam dokumen ini.

Polisi ini juga batal jika **Orang Diinsuranskan** membuat sebarang tuntutan yang menipu atau dibesar-besarkan, atau jika **Orang Diinsuranskan** membuat sebarang perakuan atau pernyataan palsu untuk menyokong sebarang tuntutan.

TUNAI SEBELUM PERLINDUNGAN

Sebagai syarat khas yang asas dan mutlak kontrak insurans, premium yang perlu dibayar mesti dijelaskan dan diterima oleh **Kami** sebelum perlindungan insurans ini berkuat kuasa.

TEMPOH IHSAN

Walaupun syarat Tunai Sebelum Perlindungan berkuat kuasa, Tempoh Ihsan empat belas (14) **Hari** dari tarikh matang akan diberikan bagi pembayaran selepas Tahun Polisi yang pertama setiap premium sepanjang tempoh polisi. Dalam tempoh empat belas (14) **Hari** tersebut, **Kami** tetap menanggung polisi sekiranya premium dibayar menjelang akhir tempoh ini.

Sekiranya sebarang premium tidak dibayar bagi Kontrak Polisi ini sebelum akhir Tempoh Ihsan, Kontrak Polisi ini hendaklah dianggap ditamatkan pada tarikh luput polisi.

PEMILIKAN POLISI

Melainkan dinyatakan dengan jelas menerusi Pengendorsan di dalam Polisi, **Kami** berhak untuk menganggap Pemegang Polisi sebagai pemilik mutlak Polisi. **Kami** tidak akan terikat untuk mengiktiraf sebarang tuntutan kesaksamaan atau sebarang tuntutan lain atau kepentingan terhadap Polisi dan penerimaan Polisi atau Manfaat oleh Pemegang Polisi (atau oleh wakilnya yang sah di sisi undang-undang atau yang diberi kuasa) semata-mata menjadi pelepasan berkesan bagi semua tanggungan dan kewajipan **Kami**. Pemegang Polisi hendaklah dianggap sebagai Prinsipal atau Ejen yang bertanggungjawab bagi **Orang Yang Diinsuranskan** di bawah Polisi ini.

SYARAT PENGELUARAN PORTFOLIO

Kami berhak untuk membatalkan portfolio secara keseluruhan jika ia membuat keputusan untuk menamatkan produk insurans ini.

Bagi membatalkan portfolio secara keseluruhan, notis bertulis hendaklah diberikan kepada pemegang polisi dengan alasan yang sah dan **Kami** akan menanggung semua polisi sehingga tamat tempoh perlindungan di dalam portfolio.

TEMPOH BERTENANG

Jika Polisi ini telah dikeluarkan dan atas apa jua sebab, Pemegang Polisi membuat keputusan untuk tidak melanggan Polisi, Pemegang Insurans boleh memulangkan Polisi kepada **Kami** untuk dibatalkan selagi permintaan untuk pembatalan tersebut disampaikan oleh Pemegang Insurans kepada **Kami** dalam masa lima belas (15) hari dari tarikh penerimaan Polisi. Pemegang Polisi layak menerima premium penuh yang telah dibayar, ditolak potongan bagi belanja perubatan yang ditanggung oleh **Kami** untuk mengeluarkan Polisi ini.

MATA WANG PEMBAYARAN

Semua pembayaran di bawah Polisi ini hendaklah dibuat dalam mata wang sah Malaysia. Sekiranya sebarang pembayaran diminta oleh **Orang Diinsuranskan** dibayar di dalam sebarang mata wang lain, maka jumlah tersebut hendaklah dibayar dalam mata wang permintaan yang boleh dibeli di Malaysia pada kadar pasaran mata wang pada tarikh penjelasan tuntutan.

UNDANG-UNDANG YANG BERKUAT KUASA

Polisi ini dikeluarkan mengikut undang-undang Malaysia dan adalah tertakluk dan ditadbir di bawah undang-undang yang diguna pakai di Malaysia.

JADUAL MANFAAT

Pelan	Pelan 1 (RM)	Pelan 2 (RM)	Pelan 3 (RM)	Pelan 4 (RM)	Pelan 5 (RM)	Pelan 6 (RM)
Had Keseluruhan Tahunan	10,000	20,000	30,000	50,000	100,000	150,000
	(Maksimum Setiap Ketidakupayaan)					
MANFAAT HOSPITAL						
Bilik dan Makanan Hospital Harian (Maks 200 Hari)	60	80	120	200	350	450
Unit Rawatan Rapi (Maks. 90 hari)	120	160	250	400	500	600
Bekalan dan Perkhidmatan Hospital Bilik Pembedahan	** Mengikut Caj Yang Dikenakan** (Tertakluk kepada Caj Munasabah & Lazim)					
MANFAAT PEMBEDAHAN	** Mengikut Caj Yang Dikenakan** (Tertakluk kepada Caj Munasabah & Lazim)					
Perbelanjaan pembedahan terdiri daripada yang berikut kecuali pemindahan organ:						
Ujian Diagnostik Pra-Pembedahan (dalam masa 60 hari sebelum kemasukan)						
Rundingan Pakar Pra-Pembedahan (dalam masa 60 hari sebelum kemasukan)						
Yuran Pembedahan Yuran Pakar Bius						
MANFAAT PERUBATAN	** Mengikut Caj Yang Dikenakan** (Tertakluk kepada Caj Munasabah & Lazim)					
Perbelanjaan perubatan bagi rawatan bukan pembedahan, termasuk:						
Ujian Diagnostik Pra-Hospital (dalam masa 60 hari sebelum kemasukan)						
Rundingan Pakar Pra-Hospital (dalam masa 60 hari sebelum kemasukan)						
Lawatan Pakar Dalam Hospital (Maks 60 hari) Rawatan Selepas Penghospitalan (dalam masa 31 hari dari tarikh keluar hospital)						

MANFAAT PESAKIT LUAR Rawatan kecemasan pesakit luar akibat kemalangan (dalam 24 jam dan rawatan susulan sehingga Maks. 31 hari) Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar (dalam masa 90 hari dari tarikh keluar hospital / pembedahan) Yuran Ambulans Dialisis Buah Pinggang & Rawatan Kanser Pesakit Luar Bulanan	** Mengikut Caj Yang Dikenakan** (Tertakluk kepada Caj Munasabah & Lazim)					
	200	250	300	500	700	1,000
	1,000	2,000	3,500	4,000	5,000	6,000
PEMINDAHAN ORGAN						
Jantung, Buah Pinggang, Paru-Paru, Hati, Sumsum Tulang	5,000	12,500	20,000	30,000	50,000	60,000
MANFAAT - MANFAAT LAIN						
Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan (Maks. 200 hari setahun)	25	35	45	50	55	60
Manfaat Penjaga Harian Bagi Kanak-Kanak Yang Diinsuranskan (Maks. 60 hari)	25	50	75	100	175	200
Cukai Ke Atas Perbelanjaan Yang Layak	** Mengikut Caj Yang Dikenakan**					

PERUNTUKAN CUKAI

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

NOTIS PENTING

Kami ingin menarik perhatian anda kepada maklumat penting yang berikut:

- Bukti Usia diperlukan pada masa matang/tuntutan, jika Usia tidak diberikan.
- Anda boleh menghubungi Ejen, Pegawai Cawangan atau Jabatan Perkhidmatan Pelanggan di Ibu Pejabat **Kami** untuk sebarang pertanyaan atau perkhidmatan berkaitan dengan polisi anda.
- Perubahan alamat Pemegang Polisi hendaklah dimaklumkan kepada **Kami** supaya semua surat-menyurat boleh dihantar dengan segera.

PROSEDUR UNTUK MEMBUAT ADUAN INSURANS

Sila semak Polisi untuk memastikan ia memenuhi keperluan Polisi **Anda**.

Untuk mengelakkan salah faham, Polisi, **Jadual Polisi** dan sebarang pengendorsan yang dilampirkan di dalamnya hendaklah dibaca dengan teliti. Jika **Anda** mempunyai sebarang aduan atau rungutan berkaitan Polisi **Anda**, sila hubungi ejen Polisi **Anda**, jika ada atau hubungi pejabat pengeluar **Kami**.

Kami memberi jaminan bahawa aduan **Anda** akan diberi perhatian dengan segera. Sebagai **Kami** insuran yang bertanggungjawab, **Kami** ingin memaklumkan **Anda** bahawa **Anda** juga boleh mengemukakan ketidakpuasan hati **Anda** kepada Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OFS) atau kepada Pusat Perhubungan (BNMLINK) atau Bank Negara Malaysia seperti yang disenaraikan di bawah.

PROSEDUR MENGEMUKAKAN ADUAN KEPADA OFS

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

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

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

Anda boleh menghubungi **Kami** di:

Zurich General Insurance Malaysia Berhad

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

Tel: 03-2109 6000

Faks: 03-2109 6888

Pusat Panggilan: 1-300-888-622

Emel: callcentre@zurich.com.my

Anda boleh berhubung dengan OFS di:

Ombudsman Perkhidmatan Kewangan
(Dulu dikenali sebagai Biro Timbang Tara Kewangan)

Tingkat 14, Blok Utama, Menara Takaful Malaysia,

No. 4, Jalan Sultan Sulaiman

50000 Kuala Lumpur

Tel: 603-2272 2811

Faks: 603-2272 1577

Emel: enquiry@ofs.org.my

Laman web: www.ofs.org.my

Prosedur mengemukakan aduan kepada Pusat Perhubungan (BNMLINK)

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

Pusat Perhubungan (BNMLINK)

Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (LINK)

Bank Negara Malaysia,

Peti Surat 10922, 50929 Kuala Lumpur.

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

(Luar Negara: +603-21741717)

Faks: 03-2174 1515

Emel: bnmtelelink@bnm.gov.my

Zurich General Insurance Malaysia Berhad

No. Pendaftaran 201701035345 (1249516-V)

Tingkat 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia Tel: 03-

2109 6000 Faks: 03-2109 6888 Pusat Panggilan: 1-300-888-622

www.zurich.com.my



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

