

Group Hospital and Surgical Plan

PRODUCT DISCLOSURE SHEET

(Read this Product Disclosure Sheet before you decide to take out the Group Hospital and Surgical Plan. Be sure to also read the general terms and conditions.)

Date:

1. What is this product about?

Group Hospital and Surgical Plan is a non-participating yearly renewable basic policy which provides for hospitalisation and surgical expenses incurred due to accidental injuries or illnesses covered under this policy during the coverage term.

2. What are the covers / benefits provided?

PLAN	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
HOSPITAL EXPENSES	Benefits (Maximum Per Any One Disability) (RM)			
Hospital Room & Board (Max. days)				
Intensive Care Unit (Max. days)				
Hospital Supplies & Services				
EXPENSES FOR SURGICAL CASE				
Pre-Surgical Diagnostic Test (within days prior to surgery)				
Surgical Fees				
Additional Major Surgical Fee				
Anaesthetist Fee (% of Surgical Fee Reimbursable)				
Operating Theater (% of Surgical Fee Reimbursable)				
EXPENSES FOR NON-SURGICAL CASE				
Pre-Hospital Diagnostic Tests				
In-Hospital Physician Visit (Max. days)				
Post-Hospitalisation Treatment (within days from discharge date)				
OTHER EXPENSES				
Ambulance Fees				
Emergency Accidental Out-Patient Treatment (within 24 hours and follow-up treatment up to days)				
Daily-Cash Allowance at Government Hospital (Max. days)				
Home Nursing Care (Max. days)				

ADDITIONAL COVERS (Please state if there are others)				
Medical Report Fees				
Tax On Eligible Expenses				
Organ Transplant				
Out-Patient Cancer Treatment				
Out-Patient Kidney Dialysis Treatment				
Out-Patient Physiotherapy Treatment				
LIMITS				
Overall Annual Limit				

Note: The description on the available cover is only a brief summary for quick and easy reference. The precise terms and conditions that apply are stated in the policy contract.

3. How much premium do I have to pay?

- The total premium may vary depending on the number of Insured under this policy, members’ age, gender, sum insured, benefits selected or the underwriting requirements of Zurich General Insurance Malaysia Berhad (hereinafter called “the Company”).
- The renewal premium rate is NOT GUARANTEED and the Company reserves the right to revise the premium rate at the start of any Policy Year as notified by the Company if the actual claims experience is worse than expected.
- A Grace Period of fourteen (14) days from the premium due date will be allowed for payment of each premium after the first, during which period this Policy shall remain in force. If any premium is not paid before the expiration of the grace period this Policy shall automatically terminate at the end of grace period.

4. Managed Care Organisation (MCO)

- You may also choose to subscribe to the MCO service.
- One of the MCO’s roles is to facilitate the member’s convenient admission to and discharge from participating hospitals. This service offers the member a way to be free from the usual hassel in claims procedures through the issuance of a Medical card. Use this Medical Card for immediate hospital admission and on discharge, member needs to only settle the excess charges, if any.
- To subscribe, an additional amount of MCO fee will be incurred to each member as follows:

MCO Fees	RM
Member Only	
Member & Spouse	
Member & Children	
Member & Family	

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

- Stamp Duty - You have to pay RM10.00 in addition to the premium for stamp duty
- Tax (premium to be paid by individual or non-individual) : 0% or 6%
- Commission - _____% of your group annual premium will be deducted for commission

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

- Important of disclosure - You must disclose all material facts such as your medical condition, occupation, and state your age correctly.
- You are to disclose in the proposal form, fully and faithfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued may be invalidated.
- Members may be required to undergo medical examination or to submit medical reports to the Company for underwriting process.
- Cooling-off period - You may cancel your policy by returning the policy to us within 15 days after the policy has been delivered to you. The premiums that you have paid (less any medical fee incurred) will be refunded to you.
- Waiting period - The eligibility for benefits under this policy will only start 30 days after the effective date of this policy except for a covered accident occurring after the effective date of coverage.
- Upgraded Room and Board Co-payment - the Insured will have to pay 20% of the other eligible expences if he/she is hospitalised at Room & Board rate which is higher that the Hospital Room & Board Benefit limit eligible for his/her plan.
- Residence Overseas clause - No benefit shall be payable for any medical treatment received by the insured person outside Malaysia, if insured person reside or travel outside Malaysia for more than ninety (90) consecutive days.

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

Note: The list is non-exhaustive. Please refer to the policy contract for the full terms and conditions under this policy.

7. What are the major exclusion under this policy?

- This policy does not cover any hospitalisation, surgery, or charges caused by anyone of the following occurrences: Pre-existing condition; Specified illnesses occurring during the first 120 days of continuous cover; Any medical or physical conditions arising within the first 30 days of the Insured person's cover or date of reinstatement whichever is latest except for accidental injuries; Plastic or cosmetic surgery; Dental treatment or oral surgery; Private nursing; Intoxication; HIV related diseases; Treatment or surgery for congenital abnormalities; Pregnancy, child birth, miscarriage; Treatment that is not Medically Necessary; Suicide or any self-inflicted injury; Psychotic, mental or nervous disorders; Racing of any kind; Expenses incurred for sex changes.

Note: The list above is non-exhaustive. Please refer to the policy contract for the full list of exclusion under this policy.

8. Definitions

- A) Pre-Existing Illness shall mean disabilities that the Insured Person has reasonable knowledge of. An Insured Person may be considered to have reasonable knowledge of a pre-existing condition where the condition is one for which:-
- (a) the Insured Person had received or is 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.
- B) Specified Illnesses shall mean the following disabilities and its related complications, occurring within the first 120 days of insurance of the Insured Person:-
- (a) Hypertension, diabetes mellitus and cardiovascular disease
 - (b) All tumors, 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 discs) and knee conditions

9. Can I cancel my policy?

Yes, you (the Policyholder) may cancel this policy at any time by giving a written notice to us. Upon cancellation, you are entitled to a refund of the premium as per the schedule below, provided that you have not made any claim during the current policy year.

Period Not Exceeding	Refund of Annual Premium
15 days	90% (applicable to renewal only)
1 months	80%
2 months	70%
3 months	60%
4 months	50%
5 months	40%
6 months	30%

Period Not Exceeding	Refund of Annual Premium
7 months	25%
8 months	20%
9 months	15%
10 months	10%
11 months	5%
Period Exceeding 11 months	No refund

10. What I need to do if there are changes to my contract details?

It is important that you inform us of any change in your contract details to ensure that all correspondences reach you in a timely manner. You can write in / fax us at the address / fax number below.

11. Where can I get further information?

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

If you have any enquiries, please contact us at:

Zurich General Insurance Malaysia Berhad

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

Tel: 03-2109 6000 Fax: 03-2109 6888 Call Centre: 1-300-888-622 E-mail : callcentre@zurich.com.my

12. Other types of Medical Insurance Cover available:

- Not Applicable

IMPORTANT NOTE:

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

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

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

The information provided in this disclosure sheet is valid as at: 15th October 2018

Pelan Hospital dan Pembedahan Kumpulan

LEMBARAN PENDEDAHAN PRODUK

(Baca Lembaran Pendedahan Produk ini sebelum anda membuat keputusan untuk membeli Pelan Hospital dan Pembedahan Kumpulan. Pastikan anda juga membaca syarat-syarat dan peraturan am.)

Tarikh:

1. Apakah yang ditawarkan oleh produk ini?

Pelan Hospital dan Pembedahan Kumpulan merupakan polisi asas tanpa penyertaan yang boleh diperbaharu secara tahunan yang menyediakan perlindungan bagi perbelanjaan kemasukan hospital dan pembedahan akibat daripada kecederaan kemalangan atau penyakit yang dilindungi di bawah polisi ini ketika tempoh perlindungan.

2. Apakah perlindungan / manfaat yang diberikan?

PELAN	PELAN 1	PELAN 2	PELAN 3	PELAN 4
PERBELANJAAN HOSPITAL	Manfaat (Maksimum Setiap Hilang Upaya) (RM)			
Bilik Hospital & Makan (Maks. hari)				
Unit Rawatan Intensif (Maks. hari)				
Bekalan & Khidmat Hospital				
PERBELANJAAN BAGI KES PEMBEDAHAN				
Ujian Diagnostik Sebelum Pembedahan (dalam masa hari sebelum pembedahan)				
Yuran Pembedahan				
Yuran Pembedahan Khusus Tambahan				
Yuran Pakar Bius (% Yuran Pembedahan Dibayar Balik)				
Dewan Pembedahan (% Yuran Pembedahan Dibayar Balik)				
PERBELANJAAN BAGI KES BUKAN PEMBEDAHAN				
Ujian Diagnostik Pra-Hospital				
Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (Maks. hari)				
Rawatan Selepas Keluar Hospital (Dalam masa hari dari tarikh keluar)				
PERBELANJAAN LAIN				
Yuran Ambulans				
Rawatan Pesakit Luar Kemalangan Kecemasan (Dalam masa jam dan rawatan susulan sehingga hari)				
Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan (Maks. hari)				
Penjagaan Kejururawatan Di Rumah (Maks. hari)				

PERLINDUNGAN TAMBAHAN (Sila nyatakan sekiranya ada yang lain)				
Yuran Laporan Perubatan				
Cukai Ke Atas Perbelanjaan Yang Layak				
Pemindahan Organ				
Rawatan Kanser Pesakit Luar				
Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar				
Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar				
HAD				
Had Tahunan Keseluruhan				

Nota: Keterangan mengenai perlindungan yang disediakan hanya merupakan ringkasan pendek bagi rujukan pantas dan mudah. Syarat-syarat dan peraturan terperinci dinyatakan di kontrak polisi.

3. Berapakah premium yang perlu saya bayar?

- Jumlah premium mungkin berbeza bergantung kepada bilangan Yang Diinsuranskan di bawah polisi ini, usia ahli, jantina, jumlah diinsuranskan, manfaat dipilih atau keperluan taja jamin Zurich General Insurance Malaysia Berhad (selepas ini dikenali sebagai "Syarikat").
- Kadar premium pembaharuan adalah TIDAK DIJAMIN dan Syarikat berhak untuk meminda kadar premium pada permulaan mana-mana Tahun Polisi seperti yang dimaklumkan oleh Syarikat sekiranya pengalaman tuntutan sebenar adalah lebih dari yang dijangkakan.
- Tempoh Ihsan selama empat belas (14) hari dari tarikh premium perlu dibayar akan dibenarkan untuk pembayaran setiap premium selepas yang pertama, ketika mana dalam tempoh tersebut, Polisi ini masih berkuatkuasa. Jika sebarang premium masih tidak dibayar pada akhir tempoh ihsan, Polisi akan tamat secara automatik pada akhir tempoh ihsan.

4. Perkhidmatan Organisasi Penjagaan Terurus (MCO)

- Anda juga boleh memilih untuk mendapatkan khidmat MCO
- Salah satu peranan MCO adalah untuk memudahkan urusan masuk dan keluar dari hospital yang turut serta. Perkhidmatan ini menawarkan kepada ahli, cara untuk bebas dari kerumitan dalam prosedur tuntutan dengan menggunakan Kad Perubatan. Gunakan Kad Perubatan ini untuk urusan kemasukan Hospital dengan segera, dan apabila keluar hospital, ahli hanya perlu menjelaskan biaya lebihan, jika ada.
- Untuk mendapatkan perkhidmatan ini, suatu jumlah tambahan yuran MCO dikenakan untuk setiap ahli seperti berikut:

Yuran MCO	RM
Ahli Sahaja	
Ahli & Suami / Isteri	
Ahli & Anak	
Ahli & Keluarga	

5. Apakah yuran dan caj yang perlu saya bayar?

- Duti Setem: Anda perlu membayar RM10.00 sebagai tambahan kepada premium untuk duti setem
- Cukai (premium harus dibayar oleh individu atau bukan individu) : 0% atau 6%
- Komisen - _____% daripada premium tahunan kumpulan anda akan ditolak untuk komisen

6. Apakah antara syarat-syarat dan peraturan penting yang patut saya ketahui?

- Pentingnya pendedahan - Anda mesti memberi semua fakta penting seperti keadaan kesihatan, perkerjaan, dan nyatakan usia dengan betul
- Anda perlu menyatakan dengan sepenuhnya dan sebenarnya dalam borang cadangan, kesemua fakta yang anda tahu atau sepatutnya tahu, jika tidak polisi yang dikeluarkan mungkin akan dibatalkan.
- Ahli-ahli mungkin diperlukan menjalani pemeriksaan kesihatan atau mengemukakan laporan kesihatan kepada Syarikat bagi proses taja jamin.

- Tempoh Bertenang - anda boleh membatalkan polisi dengan mengembalikan polisi kepada kami dalam masa 15 hari selepas polisi dihantar kepada anda. Premium yang telah anda bayar (ditolak sebarang yuran perubatan yang ditanggung) akan dikembalikan kepada anda.
- Tempoh Menunggu - Kelayakan bagi manfaat di bawah polisi ini hanya akan bermula 30 hari selepas tarikh kuatkuasa polisi kecuali bagi kemalangan dilindungi yang berlaku selepas tarikh perlindungan berkuatkuasa.
- Bayaran Bersama Bilik dan Makan Hospital Dinaik-taraf - Yang Diinsuranskan perlu membayar 20% daripada yuran layak yang lain jika beliau dimasukkan ke hospital pada kadar Bilik & Makan yang lebih tinggi dari Had Manfaat Bilik & Makan Hospital yang layak bagi pelan beliau.
- Klausula Menetap di Luar Negara - Tiada manfaat akan dibayar bagi sebarang rawatan perubatan yang diterima oleh Yang Diinsuranskan di luar Malaysia, jika anda menetap atau mengembara di luar Malaysia selama lebih dari sembilan puluh (90) hari secara berterusan.
- Kontrak Insurans Pengguna - Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggungan, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan (atau semasa memohon insurans ini). Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan tersebut dengan lengkap dan tepat. Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans anda, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda. Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami. Sebagai tambahan kepada soalan-soalan di dalam Borang Cadangan (atau semasa memohon insurans ini), anda dikehendaki untuk mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan. Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami (atau semasa permohonan insurans ini), apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan tidak tepat atau sudah berubah.
- Kontrak Insurans Komersial - Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini untuk memberi manfaat insurans perubatan kepada pekerja dan tanggungan mereka, anda berkewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan, dan apa-apa perkara yang munasabah yang boleh dijangka, jika tidak ia boleh menyebabkan pembatalan kontrak insurans, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda. Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami. Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami (atau semasa permohonan insurans ini), apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan tidak tepat atau sudah berubah.

Nota: Senarai ini tidak lengkap. Sila rujuk kontrak polisi untuk syarat-syarat dan peraturan penuh di bawah polisi.

7. Apakah pengecualian penting di bawah polisi ini?

- Polisi ini tidak melindungi kemasukan hospital, pembedahan atau bayaran yang disebabkan oleh mana-mana satu kejadian berikut Penyakit sedia ada; Penyakit tertentu yang berlaku dalam tempoh 120 hari pertama perlindungan berterusan; Sebarang keadaan perubatan atau fisikal yang berlaku dalam masa 30 hari pertama dari tarikh perlindungan Orang Yang Diinsuranskan atau tarikh penguatkuasaan semula yang mana kemudian kecuali bagi kecederaan kemalangan; Pembedahan plastik atau kosmetik; Rawatan pergigian atau pembedahan oral; Kejururawatan peribadi; Intoksikan; Penyakit berkaitan HIV; Rawatan atau pembedahan bagi keabnormalan kongential; Kehamilan, kelahiran, keguguran; Rawatan yang tidak perlu secara perubatan, Bunuh diri atau mencederakan diri sendiri; Gangguan psikotik, mental atau saraf; sebarang jenis Perlumbaan; Biaya bagi penukaran jantina.

Nota: Senarai ini tidak lengkap. Sila rujuk kontrak polisi untuk Senarai Pengecualian penuh di bawah polisi.

8. Definisi

- A) Penyakit Sedia Ada hendaklah bermaksud hilang upaya yang diketahui sewajarnya oleh Orang Yang Diinsuranskan. Orang (a) Yang Diinsuranskan dianggap mengetahui sewajarnya keadaan sedia ada itu apabila:- (a) Orang Yang Diinsuranskan telah atau sedang menerima rawatan; (b) nasihat perubatan, diagnosis, jagaan atau rawatan telah disyorkan; (c) gejala yang jelas dan tepat dapat atau telah dilihat dengan nyata; atau (d) kewujudannya dapat diperhatikan dengan jelas bagi orang yang mengalami keadaan itu.
- B) Penyakit Tertentu hendaklah bermaksud hilang upaya berikut dan komplikasi yang berkaitan dengannya, yang wujud dalam tempoh 120 hari pertama Insurans bagi Orang Yang Diinsuranskan:-
 - (a) Hipertensi, diabetes mellitus dan penyakit kardiovaskular
 - (b) Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu dalam sistem kencing dan sistem biliari
 - (c) Semua penyakit telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak
 - (d) Hernia, hemorhoid, fistula, hidrosele, varikosele
 - (e) Endometriosis termasuk penyakit sistem pembiakan
 - (f) Gangguan spina vertebro (termasuk diska) dan penyakit lutut.

9. Bolehkah saya membatalkan polisi?

Ya, anda (Pemegang Polisi) boleh membatalkan polisi ini pada bila-bila masa dengan memberi kami notis bertulis. Setelah pembatalan, anda layak untuk menerima bayaran balik premium seperti yang dicatatkan di jadual di bawah, dengan syarat anda tidak membuat tuntutan dalam tahun polisi semasa.

Tempoh Tidak Melebihi	Bayaran Balik Premium Tahunan
15 hari	90% (terpakai untuk 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%
Tidak melebihi 11 bulan	Tiada Pembayaran

10. Apakah yang perlu saya lakukan jika terdapat pertukaran dalam maklumat hubungan saya?

Adalah penting bagi anda untuk memaklumkan kami tentang sebarang pertukaran dalam maklumat hubungan anda untuk memastikan semua surat sampai kepada anda tepat pada masanya. Anda boleh tulis / faks kepada kami di alamat / nombor faks di bawah.

11. Di mana saya boleh mendapatkan maklumat lanjut??

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

Sekiranya anda mempunyai sebarang pertanyaan, sila hubungi kami di:

Zurich General Insurance Malaysia Berhad

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 E-mel : callcentre@zurich.com.my

12. Jenis Perlindungan Insurans Perubatan lain yang ditawarkan:

- Tidak Berkenaan

NOTA PENTING

ANDA HENDAKLAH MEMASTIKAN BAHAWA SIJIL INI ADALAH YANG TERBAIK UNTUK KEPERLUAN ANDA. ANDA PERLU MEMBACA DAN MEMAHAMI SIJIL TAKAFUL DAN BERBINCANG DENGAN EJEN/BROKER ATAU HUBUNGI PENGENDALI TAKAFUL SECARA TERUS UNTUL MENDAPATKAN LEBIH BANYAK MAKLUMAT.

Zurich General Takaful Malaysia Berhad diberikan lesen di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013 dan dikawal selia oleh Bank Negara Malaysia.

Semua premium dan yuran yang tertera dalam dokumen ini mungkin tertakluk kepada cukai atau levi kerajaan yang lain.

Maklumat yang terkandung dalam lembaran pendedahan ini sah mulai: 15th October 2018.

Zurich General Insurance Malaysia Berhad (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

