



ZURICH®

Enhanced Group Hospital and Surgical Policy Contract

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 subject to the term, exclusions, provisions and conditions contained herein or endorsed hereon, **We** will indemnify **You / Your** legal personal representative for accidental benefits and medical expenses incurred during the period of insurance, in the manner and to the extent hereinafter provided.

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** 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.

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

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

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

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

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

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

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

DEPENDANT shall mean any of the following persons:

- (a) legally married spouse.
- (b) unmarried child / children who are unemployed and unmarried, age above thirty (30) **Days** old and below nineteen (19) years of age, or below twenty-three (23) years of age who is on full time higher education.

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

DOCTOR or PHYSICIAN or SURGEON shall mean a registered medical practitioner qualified and licensed to practice Western medicine and who, in rendering such treatment, is 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 or his immediate family i.e. siblings, spouse, child or parent.

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

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

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

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

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

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

INSURED PERSON / INSURED MEMBER / YOU / YOUR shall mean the person described in the **Policy Schedule** or an employee of the **Policyholder / Insured**, including his/her **Dependant** (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) hours basis solely for treatment of patients in critical condition and is equipped to provide special nursing and medical services not available elsewhere in the **Hospital**.

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.

MAXIMUM PER ANY ONE DISABILITY shall mean the maximum amount payable for treatment provided to **You**, as stated in the Schedule of Benefits, irrespective of the several types of **Disability** treated in a single admission.

MEDICALLY NECESSARY shall mean a medical service which is:

- (a) consistent with the diagnosis and customary medical treatment for a covered **Disability**, and
- (b) in accordance with standards of good medical practice, consistent with current standard of professional medical care, and of proven medical benefits, and

- (c) not for **Your** convenience or the **Physician**, and unable to be reasonably rendered out of **Hospital** (if admitted as an inpatient), and
- (d) not of an experimental, investigational or research nature, preventive or screening nature,
- (e) for which the charges are fair and reasonable and customary for the **Disability**.

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

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

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

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

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

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

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

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

REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGES shall mean charges for medical care which is **Medically Necessary** shall be considered reasonable and customary to the extent that it does not exceed the general level of charges being made by others of similar standing in the locality where the charge is incurred, when furnishing like or comparable treatment, services or supplies to individual of the same gender and of comparable age for a similar **Sickness, Disease or 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** or **Dentist** who is the **Insured Person** himself or his immediate family i.e. siblings, spouse, child or parent.

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

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

(f) Vertebro-spinal disorders (including discs) and knee conditions.

SURGERY shall mean any of the following medical procedures:

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

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

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

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

SECTION A – HOSPITAL AND SURGICAL INSURANCE

DESCRIPTION OF BENEFITS

1) **BASIC BENEFITS**

a) **HOSPITAL ROOM AND BOARD**

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

b) **INTENSIVE CARE UNIT**

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

c) **HOSPITAL SUPPLIES & SERVICES**

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

d) **PRE-SURGICAL DIAGNOSTIC TESTS**

We shall reimburse 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 the attending **Physician / Specialist**. No payment shall be made if upon such diagnostic services, **Surgery** is not required for the medical condition diagnosed.

e) **SURGICAL FEES**

We shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** for a **Surgery** by the **Specialist/Surgeon**, including pre-surgical assessment, **Specialist's/Surgeon's** visits to **You** and post-surgery care up to the maximum number of **Days** from the date of **Surgery**, subject to the maximum amount of benefits indicated in the

Schedule of Benefits. If more than one **Surgery** is performed for **Any One Disability**, the total payments for all the surgeries performed shall not exceed the maximum amount of benefit stated in the Schedule of Benefits.

f) ANAESTHETIST'S FEE

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

g) OPERATING THEATRE FEE

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

h) PRE-HOSPITAL DIAGNOSTIC TESTS

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

i) PRE-HOSPITAL SPECIALIST CONSULTATION

We shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** for the consultation by a **Specialist** in connection with a **Disability** within the maximum number of **Days** and amount as set forth in the Schedule of Benefits preceding confinement in a **Hospital** and provided that such consultation is **Medically Necessary** and has been recommended in writing by the attending **Physician / Specialist**, which includes prescription for medication and any subsequent consultation which subject to the Schedule of Benefit limit. Payment will not be made, if **You** are not confined in a **Hospital** for the treatment of the medical condition diagnosed.

j) IN-HOSPITAL PHYSICIAN VISIT

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

k) POST-HOSPITALISATION TREATMENT

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

l) AMBULANCE FEES

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

m) DAYCARE PROCEDURES

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

2) OPTIONAL BENEFITS (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

a) OUTPATIENT ACCIDENT TREATMENT

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

b) ACCIDENTAL DENTAL TREATMENT

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

c) DAILY-CASH ALLOWANCE AT GOVERNMENT HOSPITAL

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

d) HOME NURSING CARE

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

Home Nursing Care cover under this Policy includes:

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

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

e) REPATRIATION OF MORTAL REMAINS

We shall reimburse the amount specified in the Schedule of Benefits for the transportation of **Your** body or mortal remains back to Malaysia. Affirmative proof of death must be submitted to **Us** at the expense of the claimant.

f) DEPENDANT CHILD'S DAILY GUARDIAN BENEFIT

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

g) MEDICAL REPORT FEES

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

h) TAX ON ELIGIBLE EXPENSES

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

i) OUTPATIENT SICKNESS TREATMENT

We shall reimburse the **Reasonable and Customary charges** up to the maximum set forth in the Schedule of Benefits, for **Emergency** treatment of **Sickness** rendered by a **Hospital** or a registered twenty-four (24) hour clinic and received as an **Outpatient** between the hours of 10.00pm and 8.00am of the following morning. The time of treatment as certified by the attending **Physician** shall be a condition precedent to liability.

j) FUNERAL EXPENSES

We shall pay a lump sum as specified in the Schedule of Benefits, if **You** die during **Surgery** or **Hospitalisation** or within fourteen (14) **Days** from the date of discharge from a **Hospital**.

k) DEATH BENEFIT

We shall pay a lump sum as specified in the Schedule of Benefits, if **You** die during the period of insurance as a result of **Sickness** or **Accident**.

l) ACCIDENTAL DEATH BENEFIT

We shall pay a lump sum as specified in the Schedule of Benefits, if **You** die during the period of insurance as a result of an **Accident**.

m) HOSPITALISATION CASH BENEFIT

We shall pay in addition to any other items reimbursable under any Policy a daily cash allowance for each **Day** the patient is confined to a **Hospital** as specified in the Schedule of Benefits.

n) SECOND SURGICAL OPINION

We shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** for consultation with a **Specialist** to obtain a second opinion prior to **Surgery** in respect of an **Illness** or **Injury** requiring **Surgery** up to the maximum as set forth in the Schedule of Benefits.

o) ORGAN TRANSPLANT

We shall reimburse the **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 shall be subject to the limit as set forth in the Schedule of Benefit. The costs of acquisition of the organs and all costs incurred by the donors are not covered.

p) OUTPATIENT CANCER TREATMENT

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

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

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

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

q) OUTPATIENT KIDNEY DIALYSIS TREATMENT

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

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

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

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

r) OUTPATIENT PHYSIOTHERAPY TREATMENT

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

s) MAXIMUM LIMIT PER ADMISSION

We shall reimburse the **Reasonable and Customary Charges** incurred for services and/or treatments provided to **You** which shall be capped to the maximum limit per admission as stated in the Schedule of Benefits irrespective of the type of **Disability**. The benefit payable is further subject to the **Overall Annual Limit**.

t) CO-INSURANCE

You are required to pay the co-insurance percentage of the cost of an eligible benefit, subject to a minimum co-

insurance amount of Ringgit Malaysia three hundred (RM300.00) and a maximum co-insurance amount of Ringgit Malaysia three thousand (RM3,000.00) for **Hospital & Surgical Benefit**. The remaining balance is paid by Zurich General Insurance Malaysia Berhad. However, if **You** are admitted to any Government **Hospital**, the **Eligible Expenses** incurred will not be subject to any co-insurance.

u) DEDUCTIBLE

The Policy is subject to a deductible amount which is stated in the Schedule of Benefit. Deductible means a monetary sum that shall be deducted from the **Eligible Expenses** incurred by **You**, and on per admission / per claim basis when **You** are admitted to any Private **Hospital**. However, if **You** are admitted to any Government **Hospital**, the **Eligible Expenses** incurred will not be subject to the deductible amount.

SECTION B – Special Provisions

1) 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 **Your** 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** would also give thirty (30) **Days** prior written notice to the **Policyholder** according to the last recorded address for any alterations made.

2) 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.

3) AUTOMATIC TERMINATION

Your insurance shall automatically terminate on the earliest happening of the following events:

- (a) on the date this Policy is terminated; or
- (b) on the date of termination of employment (cessation of active work of the member shall be deemed termination of employment) provided that:
 - (i) while a member is temporarily on part time employment or is absent on account of **Sickness** or **Injury**, employment shall be deemed to continue until premium payments for such member's insurance are discounted;
 - (ii) a member who is laid off may be continued, but not beyond the end of the Policy month following the Policy in which the layoff starts;
 - (iii) a member who is granted a leave of absence not in connection with **Your** business may be continued, but not beyond the end of the Policy month following the Policy month in which the leave starts;
 - (iv) on the date of termination of membership (for association, affinity / scheme); or
 - (v) on **Your** death; or
 - (vi) on **Your** Policy anniversary or the maximum age next birthday (as stated in the Policy); or
 - (vii) on the premium due date if the Policyholder fail to pay the required premium for **You**; or
 - (viii) any other date on which **You** cease to be eligible for assurance; or
- (c) if the total benefits paid under the member's Policy since the last Policy anniversary exceed the **Overall Annual Limit** for the respective **Policy Year**.

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.

4) AUTOMATIC TERMINATION OF DEPENDANT COVER

- (a) on the date member's cover terminates; or
- (b) on the **Your** death; or
- (c) on the date such **Dependant** ceases to be a **Dependant** as defined in this Policy.

5) CANCELLATION

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

<u>Period Not Exceeding</u>	<u>Refund of Annual Premium</u>
15 days	90%
1 month	80%
2 months	70%
3 months	60%
4 months	50%
5 months	40%
6 months	30%
7 months	25%
8 months	20%
9 months	15%
10 months	10%
11 months	5%
Period exceeding 11 months	No refund

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

6) CASH BEFORE COVER

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

7) CERTIFICATION, INFORMATION AND EVIDENCE

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

8) 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**.

9) CLAIM PROCEDURES

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

10) CONDITION PRECEDENT TO LIABILITY

The due observance and the fulfilment 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 condition precedent to any liability from **Us**.

11) OTHER POLICY

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

12) 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** shall 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.

13) COOLING-OFF PERIOD

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

14) 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.

15) 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.

16) ELIGIBILITY

(a) **You**:

Your eligibility to be covered under this Policy must be:

- (i) Within the eligible age as specified in the Policy issued to **You** (as stated in the Schedule of Benefits).
- (ii) Persons who legally reside in Malaysia i.e. Malaysian, Malaysia permanent resident, expatriate with valid employment pass, foreign worker with valid working permit. Persons become ineligible when they have resided continuously for ninety (90) **Days** outside Malaysia.

(b) **Dependants**:

The **Dependants** are eligible for insurance only when **You** are applying to enrol the **Dependants** and shall take effect when **Us** determining evidence of insurability to be satisfactory, such evidence to be furnished at **Your** expense.

17) 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 Condition**.
2. **Specified Illnesses** occurring during the first one hundred and twenty (120) **Days** of continuous cover.
3. **Waiting Period** of thirty (30) **Days** for all except Accidental Injuries.
4. Elective cosmetic or plastic **Surgery** except re-constructive **Surgery** necessary to restore function after an **Accident** that has occurred during the period of cover.
5. Eye Examinations, glasses, contact lenses and surgical procedures for the correction of eye refractive errors and the use or acquisition of external prosthetic appliances or corrective devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers, prescription thereof.
6. Dental conditions including dental treatment or oral **Surgery** except as necessitated by Accidental Injuries to sound natural teeth occurring wholly during the Period of Insurance.
7. Private nursing, rest cures or sanatoria care, any treatment received purely as an **Outpatient Hospitalisation** primarily for investigatory purposes, diagnosis, X-ray examination, general physical or medical examinations, not incidental to the treatment or diagnosis of a covered **Disability** or any

treatment which is not **Medically Necessary** and any preventive treatment, preventive medicines or examination carried out by a **Physician** and treatments specifically for weight reduction or gain.

8. Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions.
9. Pregnancy, childbirth (including surgical delivery), miscarriage, abortion and prenatal or postnatal care and any surgical, mechanical or chemical contraceptive methods of birth control or treatment pertaining to infertility, gender change, sexual dysfunction including impotency, tests or treatment related to sterilization and circumcision performed due to any reason other than **Illness** or infection.
10. Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted **Injury** while sane or insane.
11. War or any act of war, declared or undeclared, criminal or terrorist activities, active duty in any armed forces, direct participation in strikes, riots and civil commotion or insurrection.
12. Treatment for any medical conditions arising directly or indirectly from radioactivity contamination or any nuclear material whatsoever, including the combustion of nuclear fuel.
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 into and treatment of sleep and snoring disorders, psychiatric, psychotic, mental or nervous disorders, including neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations, psychiatric disorders such as neuro-psychosis, schizophrenia and others.
15. Hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical services or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bone setting, herbalist treatment, massage or aromatherapy.
16. Care or treatment for which payment is not required or to the extent which is payable by any other insurance or indemnity covering **You** and **Disabilities** arising out of duties of employment or profession that is covered under a Workmen's Compensation Insurance Contract.
17. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
18. Costs / expenses of services of a non-medical nature, such as television, telephones, telex services, radios or similar facilities, admission kit / pack and other ineligible non-medical items.
19. **Sickness** or **Injury** arising from racing of any kind (except foot racing), hazardous sports such as but not limited to skydiving, water skiing, underwater activities requiring breathing apparatus, winter sports, professional sports, mountaineering with use of ropes or mountain guides and illegal activities.
20. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.
21. Epidemic and/or pandemic

18) 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**.

19) GENERAL CONDITIONS

- (a) This Policy and the Schedule of Benefits shall be read together as one (1) contract and any words or expression to which a specific meaning has been attached in any part of this Policy or of the Schedules shall bear such specific meaning wherever it may appear.
- (b) Where the context so permits, words importing the singular number only shall include the plural number and vice versa and words importing the masculine gender only shall include the feminine gender and neuter gender and words importing persons shall include corporations.

20) GEOGRAPHICAL TERRITORY

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

21) GRACE PERIOD

Notwithstanding the Cash before Cover condition, a Grace period of number of **Days**, as set forth in the **Policy Schedule**, from the premium due date will be allowed for payment of each premium. During such number of **Days** as set forth in the **Policy Schedule**, **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.

22) GOVERNING LAW

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

23) IMPORTANT NOTICE

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

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

24) 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.

25) 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 where it is not forbidden by law.

26) MISSTATEMENT OF AGE

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

27) MISSTATEMENT OR OMISSION OF MATERIAL FACT

If:

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

then in any of the above cases, this Policy shall be void.

28) NOTICE

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

29) OVERSEAS TREATMENT

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

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

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

30) 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 **Our** obligations and liabilities. The **Policyholder** shall be deemed to be the responsible Principal or Agent of **You** covered under this Policy.

31) PERIOD OF COVER AND RENEWAL

This Policy shall become effective as of the date stated in the **Policy Schedule**. The Policy Anniversary shall be one year after the effective date and annually thereafter. On each such anniversary, this Policy is renewable at the premium rates in effect at that time as notified by **Us**. This Policy is renewable at **Our** option. Application for change of benefits to a higher plan can only be made on renewal and is subject to acceptance by **Us** upon renewal.

32) PORTFOLIO WITHDRAWAL

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

33) PREMIUM

The premiums for insurance under this Policy are not guaranteed and shall be based on the premium rates in force at the time of renewal. **We** shall have the right to change the rate at which premiums shall be calculated, at the start of any **Policy Year**.

34) PROOF OF LOSS

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

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

35) REINSTATEMENT

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

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

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

36) 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.

37) TAKE-OVER POLICIES

If this Policy shall have commenced immediately upon termination of a preceding Policy and if **You** 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.

38) 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, or at the time the Benefits were increased, the Limits of Benefits payable in respect of such **Disability** shall not exceed the Limit of Benefits prior to the date the Benefits were upgraded.

39) UPGRADED ROOM AND BOARD CO-PAYMENT

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

40) 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.

41) NOMINATION

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

42) SANCTION

Notwithstanding any other terms under this agreement, no insurer shall be deemed to provide coverage or will make any payments or provide any service or benefit to any **Insured** or other party to the extent that such cover, payment, service, benefit and/or any business or activity of the **Insured** would violate any applicable trade or economic sanctions law or regulation.

43) PIDM STATEMENT

The benefit(s) payable under eligible product is protected by PIDM up to limits. Please refer to PIDM's TIPS Brochure or contact Zurich General Insurance Malaysia Berhad or PIDM (visit www.pidm.gov.my).

PROCEDURES FOR MAKING INSURANCE COMPLAINTS

We are committed to delivering the best customer experience. If you have any complaints or dissatisfactions with any of our products or services, we would like to hear from you. You can 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](mailto:callcentre@zurich.com.my)

Other Avenues to Seek Redress

If you are not satisfied with our final response or decision, you may write to Financial Markets Ombudsman Service (formerly known as Ombudsman for Financial Services) with details of the dispute and particulars of your policy.

If the FMOS makes an award against us, you are required to inform the FMOS 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 FMOS. you may choose to institute a court proceeding against us or refer it to Arbitration.

The FMOS can be contacted through:

Financial Markets Ombudsman Service

(formerly known as Ombudsman for Financial Services)

Level 14, Main Block,

Menara Takaful Malaysia,

No. 4, Jalan Sultan Sulaiman,

50000 Kuala Lumpur

Tel: 03 2272 2811

Website: www.fmos.org.my

If your complaint does not fall within the purview of the FMOS, you may refer your complaint to :

Write to:

Bank Negara Malaysia

BNMLINK

4th Floor, Podium Bangunan AICB,

No. 10, Jalan Dato' Onn,

50480 Kuala Lumpur.

Tel: 1-300-88-5465

bnm.gov.my/BNMLINK

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[®]

Halaman 15 dari 30

Kontrak Polisi Enhanced Group Hospital and Surgical

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

MAKA POLISI INI MEMPERAKUI bahawa tertakluk kepada peraturan-peraturan, pengecualian-pengecualian, peruntukan-peruntukan dan syarat-syarat yang terkandung dalam Polisi ini atau yang diendosr kepadanya, Kami akan membayar Anda atau wakil peribadi Anda yang sah di sisi undang-undang manfaat Kemalangan dan bayaran perubatan yang ditanggung ketika tempoh insurans, mengikut ketentuan dan had yang diperuntukkan selepas ini.

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.

RAWATAN PENTING PERGIGIAN bermaksud prosedur pergigian yang diperlukan akibat **Kemalangan**.

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

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

PENYAKIT KONGENITAL hendaklah bermaksud apa-apa keabnormalan perubatan atau fizikal yang wujud sejak

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

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

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

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

DEPENDEN akan bermaksud mana-mana orang yang berikut:

- (a) pasangan suami isteri yang sah.
- (b) anak yang belum berkahwin / kanak-kanak yang menganggur dan belum berkahwin, telah mencapai umur tiga puluh (30) **Hari** dan berumur kurang daripada sembilan belas (19) tahun atau hingga dua puluh tiga (23) tahun bagi mereka yang didaftarkan sebagai pelajar sepenuh masa di institusi yang diiktiraf.

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

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

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

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

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

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

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

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

ORANG YANG DIINSURANSKAN / AHLI YANG DIINSURANSKAN / ANDA hendaklah bermaksud orang yang dinyatakan dalam **Jadual Polisi** atau kakitangan **Pemegang Polisi / Yang Diinsuranskan** termasuk Tanggungannya (jika berkenaan).

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

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

HAD MAKSIMUM MANA-MANA SATU KEUPAYAAN bermaksud jumlah maksimum yang boleh dibayar untuk rawatan yang diberikan kepada **Anda**, seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, tanpa mengira beberapa jenis **Hilang Upaya** dirawat dalam satu pengakuan.

KEPERLUAN DARI SEGI PERUBATAN hendaklah bermaksud khidmat perubatan yang:-

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

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

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

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

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

PEMEGANG POLISI / YANG DIINSURANSKAN hendaklah bermaksud orang atau badan korporat yang kepadanya Polisi dikeluarkan bagi melindungi orang yang secara khusus dikenal pasti sebagai **Orang Yang Diinsuranskan** dalam Polisi ini.

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

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

UBAT YANG DIPRESKRIPSIKAN hendaklah bermaksud ubat yang diberikan oleh **Pakar Perubatan**, Ahli Farmasi Berdaftar atau **Hospital** dan yang dipreskripsikan oleh **Pakar Perubatan** atau **Pakar** bagi rawatan **Hilang Upaya** yang dilindungi.

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

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

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

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

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

- (a) Hipertensi, diabetes melitus dan penyakit kardiovaskular.
- (b) Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu dalam sistem kencing dan sistem billari.
- (c) Semua penyakit telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak.
- (d) Hernia, hemoroid, fistula, hidrosele, varikosele.

- (e) Endometrosis termasuk penyakit sistem pembiakan.
- (f) Gangguan spina vertebro (termasuk diska) dan penyakit lutut.

PEMBEDAHAN hendaklah bermaksud mana-mana prosedur perubatan yang berikut:

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

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

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

SEKSYEN A - INSURANS HOSPITAL DAN PEMBEDAHAN

JENIS MANFAAT

1) MANFAAT ASAS

a) BILIK HOSPITAL DAN MAKAN

Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang **Perlu Dari Segi Perubatan** untuk penginapan di bilik dan makan. Jumlah manfaat hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh **Hospital** semasa **Anda** dimasukkan ke **Hospital**, tetapi manfaat tidak boleh melebihi bagi mana-mana satu (1) **Hari**, kadar Manfaat Bilik dan Makan, dan bilangan maksimum **Hari** seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. **Anda** hanya layak menerima manfaat ini apabila dimasukkan ke **Hospital** sebagai pesakit dalam.

b) UNIT RAWATAN RAPI

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

c) BEKALAN & KHIDMAT HOSPITAL

Pembayaran balik bagi **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang sebenarnya ditanggung untuk jagaan am, dadah dan **Ubat Yang Dipreskripsikan** dan dimakan, pencucian dan pembersihan luka, anduh, acuan plaster, sinar-x, pemeriksaan makmal, elektrokardiogram, fisioterapi, ujian metabolisme basal, suntikan dan larutan intravena, pemberian darah dan plasma darah tetapi tidak termasuk kos darah dan plasma semasa **Anda** dimasukkan ke **Hospital** sebagai pesakit dalam di **Hospital**, hingga jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

d) UJIAN DIAGNOSTIK PRAPEMBEDAHAN

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

e) BAYARAN PEMBEDAHAN

Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** untuk **Pembedahan** yang oleh **Pakar/Pakar**

Bedah, termasuk lawatan penilaian prapembedahan **Anda** oleh **Pakar / Pakar Bedah** dan rawatan selepas **Pembedahan** hingga bilangan **Hari** maksimum dari tarikh **Pembedahan**, tetapi dalam tempoh maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Jika lebih daripada satu **Pembedahan** dijalankan bagi **Mana-mana Satu Hilang Upaya**, jumlah bayaran untuk semua **Pembedahan** yang dijalankan, tidak boleh melebihi jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

f) BAYARAN PAKAR BIUS

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

g) BAYARAN BILIK BEDAH

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

h) UJIAN DIAGNOSTIK PRAHOSPITAL

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

i) RUNDINGAN PAKAR PRAHOSPITAL

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

j) LAWATAN PAKAR PERUBATAN DALAM HOSPITAL

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

k) RAWATAN SELEPAS PENGHOSPITALAN

Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang ditanggung dalam rawatan susulan untuk **Hilang Upaya** yang sama seperti semasa dimasukkan ke Hospital sebaik sahaja keluar dari Hospital untuk **Hilang Upaya** bukan **Pembedahan** tertakluk kepada jumlah maksimum Hari dan amaun yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

l) BAYARAN AMBULANS

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

m) PROSEDUR PEMBEDAHAN HARIAN

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

2. MANFAAT OPSYENAL (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Manfaat)

a) RAWATAN PESAKIT LUAR BAGI KEMALANGAN DAN KECEMASAN

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

maksimum dan bilangan **Hari** maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

b) RAWATAN PERGIGIAN KECEMASAN

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

c) ELAUN TUNAI HARIAN DI HOSPITAL KERAJAAN

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

d) PENJAGAAN KEJURURAWATAN DI RUMAH

Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** sehingga jumlah yang dinyatakan di Jadual Manfaat untuk penjagaan kejururawatan berterusan oleh Jururawat Berdaftar yang perlu secara perubatan kepada **Anda** di rumah. Penjagaan kejururawatan tersebut mesti disyorkan oleh **Pakar Perubatan / Pakar Bedah** yang merawat dan untuk tempoh minimum empat (4) jam setiap **Hari**. Manfaat ini adalah berbayar hanya jika terdapat tuntutan sebelumnya yang dibayar untuk Manfaat Dalam **Hospital** bagi keadaan kesihatan yang memerlukan **Anda** dimasukkan ke **Hospital**.

Perlindungan Penjagaan Perawatan di Rumah di bawah Polisi ini termasuk:

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

Penjagaan kustodian, makanan, perkhidmatan penjagaan rumah am, sahabat dan barangan keselesaan peribadi, atau sebarang perkhidmatan untuk aktiviti harian yang tidak diperlukan secara Perubatan tidak akan dibayar. Manfaat yang dibayar tidak boleh melebihi had **Hilang Upaya** bagi pelan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

e) PENGHANTARAN BALIK JENAZAH

Kami akan membayar balik jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat bagi bayaran pengangkutan jenazah **Anda** pulang ke Malaysia. Bukti sah kematian mesti dikemukakan kepada pihak **Kami** di atas biaya pembuat tuntutan.

f) MANFAAT HARIAN PENGAWAL HARIAN ANAK

Kami akan membayar balik belanja untuk makan dan penginapan yang ditanggung semasa menjaga Kanak-kanak **Yang Diinsuranskan** (berumur kurang lima belas (15) tahun) di **Hospital** namun tidak melebihi had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

g) BAYARAN LAPORAN PERUBATAN

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

h) CUKAI KE ATAS PERBELANJAAN YANG LAYAK

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

i) RAWATAN PENYAKIT KECEMASAN

Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** sehingga ke maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, bagi Rawatan Penyakit Kecemasan yang diberikan oleh **Hospital** atau klinik dua puluh empat (24) jam berdaftar dan diterima sebagai **Pesakit Luar** di antara jam 10.00 malam dan 8.00 pagi keesokan paginya. Masa rawatan seperti yang disahkan oleh doktor yang merawat merupakan prasyarat liabiliti.

j) BIAYA PENGEBUMIAN

Polisi ini dilanjutkan bagi membayar bayaran sekali gus seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, jika **Anda** meninggal dunia ketika **Pembedahan** atau penginapan **Hospital** atau dalam masa empat belas (14) **Hari** dan tarikh keluar dari **Hospital**.

k) MANFAAT KEMATIAN

Polisi ini dilanjutkan bagi membayar bayaran sekali gus seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, jika **Anda** meninggal dunia dalam tempoh insurans akibat **Penyakit** atau **Kemalangan**.

I) MANFAAT KEMATIAN AKIBAT KEMALANGAN

Polisi ini dilanjutkan bagi membayar bayaran sekali gus seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, jika **Anda** meninggal dunia dalam tempoh insurans akibat **Kemalangan**.

m) MANFAAT TUNAI PENGHOSPITALAN

Polisi ini dilanjutkan bagi membayar sebagai tambahan kepada mana-mana manfaat yang dibayar balik di bawah mana-mana polisi suatu elaun tunai harian untuk setiap **Hari** pesakit dimasukkan ke **Hospital** seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

n) RUNDINGAN PEMBEDAHAN PENDAPAT KEDUA

Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** bagi rundingan dengan **Pakar** bagi memperoleh pendapat kedua sebelum **Pembedahan** bagi **Penyakit** atau **Kecederaan** yang memerlukan **Pembedahan** sehingga jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

o) TRANSPLAN ORGAN

Kami akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang ditanggung bagi rawatan transplan buah pinggang, jantung, paru-paru, hati dan sum-sum tulang di **Hospital** berdaftar. Manfaat yang dibayar balik adalah terhad kepada had yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

p) RAWATAN KANSER PESAKIT LUAR

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

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

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

Menjadi syarat khas bagi Manfaat ini, tanpa menyentuh pengecualian keadaan sedia ada, bahawa Manfaat tidak akan dibayar kepada **Anda** yang telah didiagnosis sebagai pesakit kanser dan/atau menerima rawatan kanser sebelum tarikh kuat kuasa Insurans.

q) RAWATAN DIALISIS BUAH PINGGANG PESAKIT LUAR

Jika **Anda** didiagnosis sebagai mengalami Kegagalan Buah Pinggang seperti yang dinyatakan di bawah, **Kami** akan membayar balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang ditanggung yang **Perlu Dari Segi Perubatan** untuk rawatan dialisis buah pinggang yang dijalankan di pusat dialisis berdaftar yang sah tertakluk kepada had **Hilang Upaya** ini seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Rawatan tersebut (dialisis tidak termasuk rundingan, ujian pemeriksaan, dadah yang dibawa pulang) hendaklah diterima di jabatan pesakit luar **Hospital** atau di pusat rawatan dialisis berdaftar sebaik sahaja selepas keluar dari **Hospital** atau **Pembedahan**. Kegagalan Buah Pinggang bermaksud kegagalan renal peringkat akhir yang menyebabkan kegagalan kronik dan tidak boleh pulih kedua-dua buah pinggang untuk berfungsi dan oleh itu dialisis renal perlu dimulakan. Menjadi syarat khas bagi Manfaat ini tanpa menyentuh pengecualian keadaan sedia ada, bahawa ia tidak akan dibayar kepada **Anda** yang mengalami penyakit renal kronik dan/atau menerima rawatan dialisis sebelum tarikh kuat kuasa Insurans.

r) RAWATAN FISIOTERAPI PESAKIT LUAR

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

s) HAD MAKSIMUM PERMINTAAN

Pembayaran balik caj yang Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung untuk perkhidmatan dan / atau rawatan yang diberikan kepada **Anda** yang akan dihadkan kepada had maksimum setiap kemasukan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat tanpa mengira jenis kecacatan. Manfaat yang dibayar adalah tertakluk kepada Had Tahunan Keseluruhan.

t) CO-INSURANS

Anda perlu membayar peratus co-insurans daripada kos faedah yang layak, tertakluk kepada jumlah minimum co-insurans sebanyak Ringgit Malaysia tiga ratus (RM300.00) dan jumlah maksimum co-insurans sebanyak Ringgit Malaysia tiga ribu (RM3, 000.00) untuk faedah **Hospital & Pembedahan**. Baki akan dibayar oleh Zurich General

Insurance Malaysia Berhad. Walau bagaimanapun, jika **Anda** dimasukkan ke mana-mana **Hospital Kerajaan**, perbelanjaan yang layak tidak akan tertakluk kepada mana-mana co-insurans.

u) PENOLAKAN

Polisi ini tertakluk kepada jumlah yang boleh ditolak yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Jumlah yang ditolak bermaksud jumlah wang yang akan ditolak daripada perbelanjaan layak yang ditanggung oleh **Anda**, dan setiap dasar kemasukan / setiap tuntutan apabila **Anda** dimasukkan ke mana-mana **Hospital Swasta**. Walau bagaimanapun, jika **Anda** dimasukkan ke mana-mana **Hospital Kerajaan**, perbelanjaan yang layak tidak akan tertakluk kepada jumlah yang boleh ditolak.

SEKSYEN B - Peruntukan Khas

1) PINDAHAN

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

2) TIMBANG TARA

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

3) PENAMATAN AUTOMATIK

Insurans **Anda** akan tamat secara automatik pada tarikh kejadian-kejadian berikut, yang mana lebih awal:

- (a) Pada tarikh polisi ini ditamatkan; atau
- (b) Pada tarikh penamatan penggajian (pemberhentian kerja aktif ahli akan dianggap sebagai penamatan penggajian) dengan syarat:
 - (i) ketika ahli secara sementara bekerja separuh masa atau tidak hadir bekerja disebabkan Sakit atau **Kecederaan**, penggajian akan dianggap diteruskan sehingga pembayaran premium bagi insurans ahli berkenaan diberi pendiskaunan;
 - (ii) seorang ahli yang diberhentikan kerja boleh diteruskan, namun tidak boleh melebihi akhir bulan polisi selepas bulan polisi bila mana pemberhentian kerja bermula;
 - (iii) seorang ahli yang diberi cuti bekerja yang tidak berkaitan dengan perniagaan **Anda** boleh diteruskan, namun tidak boleh melebihi akhir bulan polisi selepas bulan polisi bila mana cuti tersebut bermula;
- (c) pada tarikh penamatan keahlian (untuk persatuan, pertalian / skim); atau
- (d) apabila **Anda** meninggal dunia; atau
- (e) pada ulang **Tahun Polisi Anda** atau umur maksimum hari lahir seterusnya (seperti yang dinyatakan dalam Polisi); atau
- (f) pada tarikh premium perlu dibayar jika **Anda** tidak membayar premium yang diperlukan bagi **Anda**; atau
- (g) mana-mana tarikh lain yang **Anda** tidak layak untuk jaminan; atau
- (h) jika jumlah manfaat yang dibayar di bawah Polisi ahli sejak ulang **Tahun Polisi** yang terakhir melebihi **Had Tahunan Keseluruhan** bagi **Tahun Polisi** yang berkenaan.

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

4) PENAMATAN AUTOMATIK PERLINDUNGAN ANAK TANGGUNGAN

- (a) pada tarikh perlindungan ahli tamat; atau
- (b) ketika **Anda** meninggal dunia; atau
- (c) pada tarikh tanggungan berkenaan tidak lagi menjadi tanggungan seperti yang didefinisikan di polisi ini.

5) PEMBATALAN

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

<u>Tempoh Tidak Melebihi</u>	<u>Bayaran Balik Premium Tahunan</u>
15 hari	90%
1 bulan	80%
2 bulan	70%
3 bulan	60%
4 bulan	50%
5 bulan	40%
6 bulan	30%
7 bulan	25%
8 bulan	20%
9 bulan	15%
10 bulan	10%
11 bulan	5%
Tempoh melebihi 11 bulan	Tiada Bayaran Balik

Tidak ada bayaran balik premium untuk mod pembayaran bukan tahunan.

6) TUNAI SEBELUM PERLINDUNGAN

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

7) PERAKUAN, MAKLUMAT DAN BUKTI

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

8) PERUBAHAN DALAM RISIKO

Anda hendaklah segera memberikan notis secara bertulis kepada **Kami** tentang apa-apa perubahan penting dalam pekerjaan, perniagaan, tugas atau hobi dan membayar apa-apa premium tambahan yang mungkin dikehendaki oleh **Kami**.

9) PROSEDUR TUNTUTAN

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

10) PRASYARAT LIABILITI

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

11) POLISI LAIN

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

12) POLISI PENGUBAHAN

Jika Manfaat Layak Diterima yang disediakan di bawah Polisi ini telah diubah daripada perlindungan 'Had Dalam' sedia ada kepada perlindungan 'Pembayaran Balik Mengikut Bayaran/Penuh', dan jika **Anda** mengalami **Hilang Upaya** sebelum atau pada masa Manfaat diubah, manfaat yang dibayar bagi **Hilang Upaya** itu hendaklah selaras dengan Jadual Manfaat sebelum tarikh Manfaat Layak Diterima diubah.

13) TEMPOH BERTENANG

Jika Polisi ini telah dikeluarkan dan atas apa-apa alasan, **Anda** membuat keputusan untuk tidak mengambil Polisi,

Anda itu boleh mengembalikan Polisi kepada **Kami** untuk pembatalan dengan syarat permohonan untuk pembatalan diserahkan oleh **Anda** kepada **Kami** dalam tempoh lima belas (15) **Hari** dari tarikh penerimaan Polisi. **Anda** itu layak menerima pulangan penuh premium yang telah dibayar tolak belanja perubatan yang ditanggung oleh **Kami** untuk mengeluarkan Polisi tersebut.

14) MATA WANG BAYARAN

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

15) KEWAJIPAN PENDEDAHAN

Kontrak Insurans Pengguna - Apabila **Anda** telah memohon Insurans ini sepenuhnya untuk tujuan diri sendiri / keluarga / tanggungan, **Anda** mempunyai kewajiban 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 gantirugi, 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 kewajiban 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 kewajiban 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.

16) KELAYAKAN

(a) **Anda**:

Anda layak untuk dilindungi di bawah Polisi ini jika **Anda**:

- (i) dalam usia yang layak seperti yang dinyatakan dalam Polisi yang dikeluarkan kepada **Anda** (seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat).
- (ii) orang yang menetap di Malaysia secara sah, i.e. Warganegara Malaysia, Pemastautin tetap Malaysia, ekspatriat dengan pas pekerjaan yang sah, pekerja asing dengan permit kerja. Orang itu tidak layak apabila mereka tinggal secara berterusan selama Sembilan puluh (90) **Hari** di luar Malaysia.

(b)Tanggungan:

Tanggungan adalah layak untuk Insurans hanya apabila **Anda** memohon untuk mendaftar Tanggungan dan akan berkuatkuasa apabila **Kami** menentukan bukti kepentingan Insurans yang dibenarkan hendaklah memuaskan, dan bukti tersebut dikemukakan atas perbelanjaan **Anda**.

17) PENGECUALIAN

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

1. **Penyakit Sedia Ada.**
2. **Penyakit Tertentu** yang wujud dalam tempoh seratus dua puluh (120) **Hari** pertama bagi perlindungan berterusan.
3. **Tempoh Tangguh** tiga puluh (30) **Hari** untuk semua kecuali **Kecederaan Kemalangan.**
4. **Pembedahan** pilihan kosmetik atau plastik kecuali **Pembedahan** pembentukan semula diperlukan untuk memulihkan fungsi selepas **Kemalangan** yang berlaku dalam tempoh insurans.
5. Pemeriksaan mata, cermin mata, kanta sentuh dan prosedur **Pembedahan** untuk pembetulan ralat refraktif mata dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik pembetulan seperti anggota tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.
6. Penyakit pergigian termasuk rawatan pergigian atau **Pembedahan** oral kecuali apabila diperlukan kerana **Kecederaan Akibat Kemalangan** pada gigi asli yang sihat yang berlaku sepenuhnya dalam Tempoh Insurans.

7. Penjagaan peribadi, rehat pulih atau jagaan kebersihan, apa-apa rawatan yang diterima semata-mata sebagai **Penghospitalan Pesakit Luar** terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis, pemeriksaan sinar-x, pemeriksaan fizikal atau perubatan am, tidak berkaitan dengan rawatan atau diagnosis **Hilang Upaya** yang dilindungi yang tidak **Perlu Dari Segi Perubatan** dan apa-apa rawatan pencegahan, ubat atau pemeriksaan pencegahan yang dijalankan oleh **Pakar Perubatan**, dan rawatan khusus untuk mengurangkan atau menaikkan berat badan.
8. Apa-apa rawatan atau operasi **Pembedahan** untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.
9. Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara **Pembedahan**), keguguran, menggugurkan kandungan dan jagaan serta **Pembedahan** pranatal atau posnatal, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketaksuburan, menukar jantina, disfungsi seksual termasuk impotensi, ujian atau rawatan berkaitan pensterilan dan khatan dilakukan disebabkan apa-apa sebab selain daripada **Penyakit** atau jangkitan.
10. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau **Kecederaan** diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.
11. Perang atau apa-apa tindakan perang, diisytiharkan atau tidak diisytiharkan, aktiviti jenayah atau pengganas, bergiat cergas dalam mana-mana angkatan bersenjata, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan dan kekecohan awam atau penderhakaan tentera.
12. Rawatan untuk sebarang keadaan perubatan yang timbul secara langsung atau tidak langsung dari pencemaran radioaktif atau apa-apa bahan nuklear, termasuk pembakaran bahan api nuklear.
13. Belanja yang ditanggung untuk menderma mana-mana organ tubuh oleh **Anda** dan kos pemerolehan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma ketika transplan organ dan komplikasinya.
14. Penyiasatan ke atas dan rawatan gangguan tidur dan dengkur, gangguan psikiatri, psikotik, gangguan mental atau saraf, termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya, gangguan psikiatri seperti neuro-psikosis, skizofrenia dan lain-lain.
15. Terapi penggantian hormon dan terapi pilihan seperti rawatan, khidmat atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada khidmat kiropraktik, akupunktur, akutekanan, refleksologi, pengikatan tulang, rawatan pakar herba,urut atau aroma terapi.
16. Jagaan atau rawatan yang pembayarannya tidak dikehendaki atau setakat yang ia dibayar oleh mana-mana pihak Insurans lain atau tanggung rugi yang melindungi **Anda** dan **Hilang Upaya** yang timbul daripada tugas dalam pekerjaan atau kerjaya yang dilindungi di bawah Kontrak Insurans Pampasan Pekerja.
17. Psikotik, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).
18. Kos/belanja bagi khidmat yang bersifat bukan perubatan, seperti televisyen, telefon, khidmat teleks, radio atau kemudahan yang serupa, kit/pek kemasukan dan barang bukan perubatan lain yang tidak layak.
19. Sakit atau **Kecederaan** yang timbul daripada apa-apa jenis perlumbaan (kecuali perlumbaan jalan kaki), sukan berbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjun udara, luncur air, aktiviti dalam air yang memerlukan alat pernafasan, sukan musim sejuk, sukan profesional, mendaki gunung dengan menggunakan tali atau panduan gunung dan aktiviti yang tidak dibenarkan.
20. Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.
21. Wabak dan/atau pandemik.

18) PEMBAYARAN BALIK PENUH BAGI HOSPITAL KERAJAAN

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

19) SYARAT-SYARAT AM

- (a) Polisi ini dan Jadual Manfaat hendaklah dibaca bersama sebagai satu kontrak dan sebarang perkataan atau pernyataan yang disertakan dengan makna khusus dalam mana-mana bahagian Polisi atau Jadual hendaklah membawa makna khusus yang sama di mana juga ia digunakan.
- (b) Di mana konteksnya dibenarkan, perkataan yang menyatakan nombor tunggal sahaja hendaklah termasuk nombor majmuk dan sebaliknya dan perkataan yang menyatakan jantina maskulin hanya termasuk jantina feminin dan jantina neuter dan perkataan yang menyatakan orang hendaklah termasuk perbadanan.

20) WILAYAH PASARAN GEOGRAFI

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

21) TEMPOH IHSAN

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

22) UNDANG-UNDANG YANG MENGAWAL POLISI

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

23) NOTIS PENTING

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

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

24) TUNTUTAN TIDAK LENGKAP

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

25) PEMERIKSAAN PERUBATAN

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

26) SILAP NYATA UMUR

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

Polisi ini juga akan tamat jika **Anda** membuat sebarang tuntutan yang palsu atau ditokok tambah, atau jika **Orang Yang Diinsuranskan** membuat sebarang perakuan atau kenyataan palsu dalam menyokong mana-mana tuntutan.

27) SALAH NYATA ATAU KETINGGALAN FAKTA PENTING

Jika :

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

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

28) NOTIS

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

29) RAWATAN LUAR NEGARA

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

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

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

30) PEMILIKAN POLISI

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

31) TEMPOH PERLINDUNGAN DAN PEMBAHARUAN

Polisi ini hendaklah berkuat kuasa mengikut tarikh yang dinyatakan pada Jadual Manfaat. Ulang **Tahun Polisi** adalah satu (1) tahun selepas tarikh kuat kuasa dan setiap tahun berikutnya. Pada setiap ulang tahun itu, Polisi ini boleh dibaharui pada kadar premium yang berkuatkuasa pada masa itu seperti yang diberitahu oleh **Kami**.

Polisi ini boleh dibaharui atas pilihan **Kami**. Permohonan bagi penukaran manfaat kepada pelan yang bertaraf lebih tinggi hanya boleh dibuat ketika pembaharuan dan adalah tertakluk kepada penerimaan oleh **Kami** ketika pembaharuan.

32) SYARAT PENARIKAN BALIK PORTFOLIO

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

33) PREMIUM

Ketika Tempoh Insurans, premium untuk insurans di bawah Polisi ini adalah tidak dijamin dan adalah berasaskan kadar premium yang berkuatkuasa ketika pembaharuan. **Kami** berhak untuk mengubah kadar pada mana premium dikira, pada permulaan mana-mana **Tahun Polisi**.

34) BUKTI KERUGIAN

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

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

35) PENGEMBALIAN SEMULA KONTRAK

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

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

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

36) TINGGAL DI LUAR NEGARA

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

37) PENGAMBILALIHAN POLISI

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

38) POLISI DITINGKATKAN

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

39) BAYARAN BERSAMA BILIK DAN MAKAN DINAIKKAN

Jika **Anda** dimasukkan ke **Hospital** pada kadar Bilik & Makan yang diumumkan yang lebih tinggi daripada manfaat yang dia layak, **Anda** hendaklah menanggung dua puluh peratus (20%) daripada manfaat lain yang dia layak yang diterangkan dalam Jadual Manfaat.

40) 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 **Anda** sebagai tambahan kepada premium dan/atau yuran yang perlu dibayar di bawah Polisi ini.

41) PENAMAAN

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

42) SEKATAN

Walau apa pun terma lain di bawah perjanjian ini, tiada Syarikat Insurans boleh dianggap memberikan perlindungan atau akan membuat apa-apa bayaran atau memberikan apa-apa perkhidmatan atau manfaat kepada mana-mana pihak yang diinsuranskan atau pihak lain setakat perlindungan, pembayaran, perkhidmatan, manfaat dan/atau mana-mana perniagaan atau aktiviti **Orang Yang Diinsuranskan** akan melanggar mana-mana perdagangan atau ekonomi yang berkenaan undang-undang atau peraturan sekatan.

43) PENYATAAN PIDM

Manfaat-manfaat yang dibayar di bawah produk yang layak adalah dilindungi oleh PIDM sehingga had perlindungan. Sila rujuk Brosur Sistem Perlindungan Manfaat Takaful dan Insurans PIDM atau hubungi Zurich General Insurance Malaysia Berhad atau PIDM (layari www.pidm.gov.my).

PROSEDUR UNTUK MEMBUAT ADUAN INSURANS

Kami sentiasa bersedia memberikan pengalaman perkhidmatan pelanggan yang terbaik. Jika anda mempunyai sebarang aduan atau tidak berpuas hati berkaitan dengan sebarang produk atau perkhidmatan, kami bersedia memberikan perhatian. 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

E-mel: callcentre@zurich.com.my

Alternatif Lain untuk Membuat Aduan

Jika anda tidak berpuas hati dengan keputusan akhir kami, anda boleh menulis surat kepada Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan (FMOS) (dahulunya dikenali sebagai Ombudsman Perkhidmatan Kewangan) dengan butir-butir mengenai pertikaian dan maklumat Polisi anda.

Jika keputusan FMOS memihak kepada anda berbanding kami, anda hendaklah memaklumkan FMOS sama ada anda menerima atau menolak bayaran dalam tempoh (14) empat belas hari. Jika anda tidak setuju dengan bayaran tersebut, anda boleh menolak keputusan FMOS. Anda bebas untuk memulakan tindakan mahkamah terhadap kami atau merujuk kes kepada Penimbangtaraan.

FMOS boleh dihubungi di alamat berikut:

Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan

(dahulunya dikenali sebagai Ombudsman Perkhidmatan Kewangan)

Tingkat 14, Blok Utama,

Menara Takaful Malaysia,

No. 4, Jalan Sultan Sulaiman,

50000 Kuala Lumpur

Tel: 03 2272 2811

Laman web: www.fmos.org.my

Jika aduan anda berada di luar bidang FMOS, anda boleh menyatakan ketidakpuasan hati anda kepada :

Secara Bertulis:

Bank Negara Malaysia

BNMLINK

4th Floor, Podium Bangunan AICB,

No. 10, Jalan Dato' Onn,

50480 Kuala Lumpur.

Tel: 1-300-88-5465

bnm.gov.my/BNMLINK

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



ZURICH[®]