



ZURICH[®]

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**.

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

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

CHILD shall mean any person who has attained the age of 30 **Days** and is an unmarried person, is financially dependent upon **You** and is under age of 19, or up to the age of 23 for those registered as full time students as a recognised educational institution.

CONGENITAL CONDITIONS shall mean any medical or physical abnormalities existing at the time of birth, as well as neo-natal physical abnormalities developing within 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 that **You** were continuously covered under this Policy.

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

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

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

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

Halaman 1 dari 25

DOCTOR or PHYSICIAN or SURGEON shall mean a registered medical practitioner qualified and licensed to practise 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.

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

HOSPITAL shall mean only a 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.

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

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

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

INSURED PERSON / INSURED MEMBER 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.

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

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

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

POLICYHOLDER / INSURED shall mean a person or a corporate body to whom the Policy has been issued in respect of cover for persons specifically identified as **Insured Persons** in this Policy.

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

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

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

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

REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGES shall mean charges for medical care which is **Medically Necessary** shall be considered reasonable and customary to the extent that it does not exceed the general level of charges being made by others of similar standing in the locality where the charge is incurred, when furnishing like or comparable treatment, services or supplies to individual of the same sex and of comparable age for a similar **Sickness, Disease or Injury** and in accordance with accepted medical standards and practice could not have been omitted without adversely affecting **Your** medical condition.

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

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

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

SPECIFIED ILLNESSES shall mean the following disabilities and its related complications, occurring within the first 120 days of Insurance of **You**:

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

SURGERY shall mean any of the following medical procedures:

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

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

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

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

YOU/YOUR/YOURS shall mean the **Policyholder** and/or the **Insured Person** as applicable.

DESCRIPTION OF BENEFITS

HOSPITAL ROOM AND BOARD

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

INTENSIVE CARE UNIT

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges Medically Necessary** for actual room and board incurred during confinement as an in-patient in the **Intensive Care Unit** of the **Hospital**. This benefit shall be payable equal to the actual charges made by the **Hospital**-subject to the maximum benefit for any one **Day**, and maximum number of **Days**, as set forth in the Schedule of Benefits. Where the period of confinement in an **Intensive Care Unit** exceeds the maximum set forth in the Schedule of Benefits, reimbursement will be restricted to the standard Daily **Hospital** Room and Board rate.

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

HOSPITAL SUPPLIES & SERVICES

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

SURGICAL FEES

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** for a **Medically Necessary Surgery** by the **Specialists**, including pre-surgical assessment **Specialist's** visits by **You** and post-**Surgery** care up to the maximum amount and number of **Days** from the date of **Surgery**, but within the maximum period indicated in the Schedule of Benefits. If more than one **Surgery** is performed for **Any One Disability**, the total payments for all the surgeries performed shall not exceed the maximum stated in the Schedule of Benefits.

MAJOR SURGICAL BONUS / ADDITIONAL MAJOR SURGICAL FEE

Reimbursement of additional benefits for all major surgeries which carry a severity level of 75% or more in the Surgical Schedule but within the maximum indicated in the Schedule of Benefits.

ANAESTHETIST'S FEE

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

OPERATING THEATRE

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

PRE-HOSPITAL DIAGNOSTIC TESTS

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** for **Medically Necessary** ECG, X-ray and laboratory tests which are performed for diagnostic purposes on account of an **Injury** or **Illness** when in connection with a **Disability** preceding **Hospitalisation** within the maximum number of days and amount as set forth in the Schedule of Benefits in a **Hospital** and which are recommended by a qualified medical practitioner. No payment shall be made if upon such diagnostic services, **You** do not result in **Hospital Confinement** for the treatment of the medical condition diagnosed. Medications and consultation charged by the medical practitioner will not be payable.

PRE-HOSPITAL SPECIALIST CONSULTATION

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** for the first time consultation by 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 general practitioner. Payment will not be made for clinical treatment (including medications and subsequent consultation after the **Illness** is diagnosed) or where **You** do not result in **Hospital Confinement** for the treatment of the medical condition diagnosed.

PRE-SURGICAL DIAGNOSTIC TESTS

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** for **Medically Necessary** ECG, X-ray and laboratory tests which are performed for diagnostic purposes on account of an **Injury** or **Illness** when in connection with a **Disability** preceding **Hospitalisation** within the maximum number of days and amount as set forth in the Schedule of Benefits in a **Hospital** and which are recommended by a qualified medical practitioner. No payment shall be made if upon such diagnostic services, surgery is not required for the medical conditions diagnosed. Medications and consultation charged by the medical practitioner will not be payable.

IN-HOSPITAL PHYSICIAN VISIT

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** by a **Physician** for **Medically Necessary** visiting an in-paying patient while confined for a non-surgical **Disability** subject to a maximum of one (1) visit per **Day** not exceeding the maximum number of **Days** and amount as set forth in the Schedule of Benefits.

POST-HOSPITALISATION TREATMENT

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

EMERGENCY ACCIDENTAL OUTPATIENT TREATMENT

Reimbursement of the **Reasonable and Customary Charges** incurred 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 set forth in the Schedule of Benefits.

EMERGENCY DENTAL TREATMENT

Reimbursement of 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 within twenty-four (24) hours of the occurrence of the **Accident** in a registered dental clinic or **Hospital**. 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.

OUT-PATIENT PHYSIOTHERAPY TREATMENT (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

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

AMBULANCE FEES

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

OUT-PATIENT CANCER TREATMENT (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

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

Such treatment (radiotherapy or chemotherapy excluding consultation, examination tests, take home drugs) must be received at

Halaman 4 dari 25

the **Out-Patient** department of a **Hospital** or a registered cancer treatment centre immediately following discharge from **Hospital Confinement or Surgery**.

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

- (a) Carcinoma in situ including of the cervix;
- (b) Ductal Carcinoma in situ of the breast;
- (c) Papillary Carcinoma of the bladder & Stage 1 Prostate Cancer;
- (d) All skin cancers except malignant melanoma;
- (e) Stage 1 Hodgkin's **Disease**;
- (f) Tumours manifesting as complications of AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome).

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

OUT-PATIENT KIDNEY DIALYSIS TREATMENT (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

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

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

Kidney Failure means end stage renal failure presenting as chronic, irreversible failure of both kidneys to 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.

DAILY-CASH ALLOWANCE AT GOVERNMENT HOSPITAL (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

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

HOME NURSING CARE (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

Reimbursement of 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** 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**.

SPECIAL GRANT (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

At the time of **Your** death below the age of 55, **We** shall pay the **Policyholder** the amount specified in the Schedule of Benefits. The **Policyholder** may use the amount received as deemed appropriate by the **Policyholder**, so as to assist the dependants or Your next of kin, for any expenses incurred over and above the eligible medical expenses covered under the Policy.

REPATRIATION OF MORTAL REMAINS (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

We shall pay 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.

INSURED CHILD'S DAILY GUARDIAN BENEFIT / CHILD ACCOMPANIMENT EXPENSES (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

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

LIMITED DENTAL EXTENSION (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

Reimbursement of **Reasonable and Customary charges** incurred for limited dental treatment under general or local anaesthesia performed in a **Hospital** or a Dental Consultation Room. This shall include X-Ray examinations and is subject to the following limits per **Insured Person**:-

- i Removal of Buried or Impacted Tooth
Not exceeding RM200.00 per year per **Insured Person**
- ii Surgical Treatment including wiring of jaw
Not exceeding RM200.00 per year per **Insured Person**
- iii Removal of growth, cyst or any **Disease** of the gums
Not exceeding RM200 00 per year per **Insured Person**

MEDICAL REPORT FEES (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

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

EMERGENCY SICKNESS TREATMENT (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

Reimbursement of **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 registered twenty-four (24) hours clinic and received as an **Out-Patient** between the hours of 12 midnight and 6.00 a.m of the following morning. The time of treatment as certified by the attending **Doctor** shall be a condition precedent to liability.

FUNERAL EXPENSES (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

The Policy is extended to pay a lump sum as specified in the Schedule of Benefits, if **You** die during **Surgery or Hospitalisation** or within 14 **Days** from the date of discharge from a **Hospital**.

ORGAN TRANSPLANT (not applicable unless specified in the Schedule of Benefits)

Reimbursement of **Reasonable and Customary charges** incurred in treatment of kidney, heart, lung, liver and bone marrow transplants in a duly registered **Hospital**. Benefits reimbursable are limited to the limits specified in the Schedule of Benefits.

DEATH BENEFIT (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

The Policy is extended to 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**.

ACCIDENTAL DEATH BENEFIT (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

The Policy is extended to 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**. An **Accident** shall mean an event of violent, accidental, external and visible nature, which shall independently of any other cause be the sole cause of bodily **Injury**.

HOSPITALISATION CASH BENEFIT (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

The Policy is extended to 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.

PRE-SURGICAL (SECOND OPINION) CONSULTATION (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

Reimbursement of **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.

MENTAL ILLNESS EXTENSION (not applicable unless specified in Schedule of Benefits)

Reimbursement of **Reasonable and Customary charges** incurred in treatment for mental **Illness** as an in-patient in a duly registered mental **Hospital**. Benefits reimbursable are limited to the limits specified in the Schedule of Benefits.

TAX ON ELIGIBLE EXPENSES

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

SPECIAL PROVISIONS**PERSONS ELIGIBLE**

Person eligible to be covered under this Policy is:-

- a) anyone between the ages of seventeen (17) years and sixty-five (65) years, and
- b) persons who reside in Malaysia only.

ELIGIBILITY

- a) **Insured** Members

If this insurance is effected on a 100% premium payment by the **Insured**, then all members who are employees of the **Insured** or all those who are enrolled as members of the corporate body, at the time the policy is effected, are eligible for insurance.

If the insurance is effected on a contributory basis, where both the **Insured** and the members, contribute towards the premium, those members who agree to contribute become eligible:-

- i) at the time the policy is effected for those presently on the payroll of the **Insured**.
- ii) at the time such request is made within the 31 **Days** of eligibility.
- iii) at the time **We** determine evidence of insurability to be satisfactory, if such request is made after 31 **Days** of their eligibility or to those eligible.

The effective date of each present and future member shall be determined based on the requirement stated in the Application Form. If at the time a member should be eligible for insurance and he is not actively at work, cover for such member shall be effective upon his return to active full-time duty.

- b) Dependants

The dependants are eligible for insurance only when the member is **Insured** and upon the member applying to enroll the dependants shall take effect upon **Us** determining evidence of insurability to be satisfactory, such evidence to be furnished at the expense of the member.

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 the option of **Us**. Application for change of benefits to a higher plan can only be made on **Renewal** and is subject to acceptance by **Us** upon **Renewal**.

UPGRADED ROOM AND BOARD CO-PAYMENT

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

GEOGRAPHICAL TERRITORY

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

OVERSEAS TREATMENT

If **You** elect to or are referred to be treated outside Malaysia by the Attending **Physician**, benefits in respect of the treatment shall be limited to the Reasonable and Customary and **Medically Necessary** charges for such equivalent local treatment in Malaysia and shall exclude the cost of transport to the place of treatment.

EXCLUSIONS

This contract does not cover any **Hospitalisation, Surgery** or charges caused directly or indirectly, wholly or partly, by any one (1) of the following occurrence:-

1. **Pre-existing Illness.**
2. **Specified Illnesses** occurring during the first 120 days of continuous cover.
3. Any medical or physical conditions arising within the first 30 days of **Your** cover or date of reinstatement whichever is latest except for accidental injuries.
4. Plastic/Cosmetic **Surgery**, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness (Radial Keratotomy) and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof.
5. Dental conditions including dental treatment or oral **Surgery** except as necessitated by accidental injuries to sound natural teeth occurring wholly during the Period of Insurance.
6. Private nursing, rest cures or sanatoria care, illegal drugs, intoxication, sterilization, venereal **Disease** and its sequelae, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or ARC (AIDS Related Complex) and HIV (Human Immunodeficiency Virus) related **Diseases**, and any communicable **Diseases** requiring quarantine by law.
7. Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions.
8. Pregnancy, childbirth (including surgical delivery), miscarriage, abortion and prenatal or postnatal care and surgical, mechanical or chemical contraceptive methods of birth control or treatment pertaining to infertility, Erectile dysfunction and tests or treatment related to impotence or sterilization.
9. **Hospitalisation** primarily for investigatory purposes, diagnosis, X-ray examination, general physical or medical examinations, not incidental to treatment or diagnosis of a covered **Disability** or any treatment which is not **Medically Necessary** and any preventive treatments, preventive medicines or examinations carried out by a **Physician**, and treatments specifically for weight reduction or gain.
10. Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted **Injury** while sane or insane.
11. War or any act of war, declared or undeclared, criminal or terrorist activities, active duty in any armed forces, direct participation in strikes, riots and civil commotion or insurrection.
12. Ionising radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any nuclear weapons material.
13. Expenses incurred for donation of any body organ by **You** and costs of acquisition of the organ including all costs incurred by the donor during organ transplant and its complications.
14. Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical service or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bonesetting, herbalist treatment, massage or aromatherapy or other alternative treatment.
15. Care or treatment for which payment is not required 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 Workman's Compensation Insurance Contract.
16. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
17. Costs/expenses of services of a non-medical nature, such as television, telephones, telex services, radios or similar facilities, admission kit/ pack and other ineligible non-medical items.
18. **Sickness or Injury** arising from racing of any kind (except foot racing), hazardous sports such as but not limited to skydiving, water skiing, underwater activities requiring breathing apparatus, winter sports, professional sports and illegal activities.
19. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.
20. Expenses incurred for sex changes.

GENERAL CONDITIONS

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.

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 initialed by **Our** authorised representative.

CONDITION PRECEDENT TO LIABILITY

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

DUTY OF DISCLOSURE

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

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

MISSTATEMENT OF AGE

If **Your** age had been misstated and the premium paid as a result thereof is insufficient, any claim payable under this Policy shall be prorated based on the ratio of the actual premium paid to the correct premium which should have been charged for the year. Any excess premium, which may have been paid as a result of such misstatement of age, shall be refunded without interest.

If at the correct age, **You** would not have been eligible for cover under this Policy, no benefit shall be payable

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.

PREMIUM

During the Period of Insurance, 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**.

CHANGE IN RISK

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

FULL REIMBURSEMENT IN A GOVERNMENT HOSPITAL

Charges for eligible medical expenses are covered in full for treatment in a **Malaysian Government Hospital** for each **Illness or Injury**, provided the claimant does not transfer from or to a private **Hospital** for treatment and the room and board charged is not greater than that provided under the chosen plan applicable to the claimant.

WAITING PERIOD

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

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 him), **You** shall continue to be covered for the existing **Disability**, but not to exceed the limits of the previous policy on condition **We** have secured a copy of the preceding policy.

UPGRADED POLICIES

If the Eligible Benefits provided to **You** under the terms of this Policy are increased while it is in force or at the time of **Renewal** or replacement and **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.

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 **You** have been afflicted with a **Disability** prior to, or at the time the Benefits were converted the benefits payable in respect of the **Disability** shall be in accordance with the Schedule of Benefits prior to the date the Eligible Benefits were converted.

RESIDENCE OVERSEAS

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

CERTIFICATION, INFORMATION AND EVIDENCE

All certificates, information, medical reports and evidence as required by **Us** shall be furnished at **Your** expense, and in such a form that **We** may require. In any event all notices which **We** shall require **You** 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.

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**.

CLAIM PROCEDURES

- (a) **You** shall within 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.

PROOF OF LOSS

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

FILING PROOF OF LOSS

Proof of loss must be furnished to **Us** in case of 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.

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.

INCOMPLETE CLAIMS

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

ARBITRATION

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

CANCELLATION

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

Period Not Exceeding 15 Days	Refund of Annual Premium 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

AUTOMATIC TERMINATION

The policy 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;
 - (1) 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;
 - (2) the insurance of a member who is laid off may be continued, but not beyond the end of the policy month following the policy in which the lay off starts;
 - (3) the insurance of a member who is granted a leave of absence not in connection with the **Insured's** business may be continued, but not beyond the end of the policy month following the policy month in which the leave starts;
- c) on **Your** death; or
- d) on the Policy anniversary or **Your** 65th birthday; or
- e) on the premium due date if **You** fail to pay the required premium; or
- f) **You** cease to be domicile in Malaysia

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.

AUTOMATIC TERMINATION OF DEPENDANT CHILD'S COVER

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

ALTERATIONS

We reserve the right to amend the terms and provisions of this Policy by giving a 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**, shall give 30 **Days** prior written notice to the **Policyholder** according to the last recorded address for any alterations made.

CASH BEFORE COVER

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

GRACE PERIOD

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

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

OWNERSHIP OF POLICY

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

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.

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.

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 **You** with a valid reason and **We** will run off all policies to the expiry of the period of cover within the portfolio.

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.

GOVERNING LAW

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

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 the **Insured** in addition to the premium and/or fees payable under this Policy.

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.

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).

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 **Your** Age has not been admitted;
- (b) **You** can contact **Our** Agents, Branch Officers, and Customer Service Department at **Our** Head Office for any enquiries or service relating to **Your** policy;
- (c) The change of address of the **Policyholder** should be notified to **Us** so that all correspondence can be directed promptly;
- (d) In the event of any dispute, **You** may seek arbitration for **Your** case.

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

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 12 dari 25



ZURICH®

Polisi Kontrak Insurans Hospital dan Pembedahan Berkumpulan

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

MAKA POLISI INI MEMPERAKUI bahawa tertakluk kepada peraturan-peraturan, pengecualian-pengecualian, peruntukan-peruntukan dan syarat-syarat yang terkandung dalam Polisi ini atau yang diendors kepadanya, **Kami** akan membayar **Orang Yang Diinsuranskan** atau wakil peribadinya 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.

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 **Orang Yang Diinsuranskan** pulih sepenuhnya dan tidak perlu menjalani apa-apa rawatan lanjut (termasuk dadah, ubat, diet khas atau suntikan atau nasihat tentang keadaannya) bagi **Hilang Upaya** itu selama sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) **Hari** selepas tarikh terakhir keluar **Hospital** dan **Hilang Upaya** berikutnya akibat daripada sebab yang sama hendaklah dianggap seolah-olah **Hilang Upaya** itu adalah yang baru.

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

ANAK hendaklah bermaksud mana-mana orang yang telah mencapai umur tiga puluh (30) **Hari** dan tidak berkahwin, yang bergantung dari segi kewangan pada **Orang Yang Diinsuranskan** 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 pengajian yang diiktiraf.

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 penis hernia dan epilepsi kecuali disebabkan oleh trauma yang berlaku selepas tarikh **Orang Yang Diinsuranskan** 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** perubatan atau **Pakar Bedah** yang merupakan **Orang Yang Diinsuranskan** itu sendiri.

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 **Orang Yang Diinsuranskan** itu sendiri.

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.

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

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

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 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.

PERLU 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 **Orang Yang Diinsuranskan** atau **Pakar** Perubatan, dan tidak dapat diperolehi sewajarnya di luar **Hospital** (jika dimasukkan ke wad sebagai pesakit dalam), dan
- (d) bukan berbentuk eksperimen, penyelidikan atau kajian, pencegahan atau penyaringan,
- (e) yang bayarannya berpatutan, munasabah dan biasa bagi **Hilang Upaya** itu.

PESAKIT LUAR hendaklah bermaksud **Orang Yang Diinsuranskan** 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 **Orang Yang Diinsuranskan** 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 **Orang Yang Diinsuranskan** di bawah ini hendaklah dihentikan bayarannya serta-merta bagi baki **Tahun Polisi** tersebut.

PEMANGGANG 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.

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**.

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

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

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 **Orang Yang Diinsuranskan**.

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 **Orang Yang Diinsuranskan** itu sendiri.

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

- (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 memperbaiki, 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 Orang Yang Diinsuranskan** dan bermulanya tarikh Polisi/tarikh pengembalian semula, dan terpakai hanya apabila orang itu dilindungi pertama kalinya. Hal ini tidak terpakai selepas tahun pertama perlindungan. Walau bagaimanapun, Jika insurans terhenti, maka **Tempoh Tangguh** akan terpakai sekali lagi.

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

ANDA bermaksud Pemegang Polisi dan/atau **Orang Yang Diinsuranskan** seperti yang berkenaan.

JENIS MANFAAT

BILIK HOSPITAL DAN MAKAN

Pembayaran balik bagi **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 **Orang Yang Diinsuranskan** 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. **Orang Yang Diinsuranskan** hanya layak menerima manfaat ini apabila dimasukkan ke **Hospital** sebagai pesakit dalam.

UNIT RAWATAN RAPI

Pembayaran balik bagi **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 (1) 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 dihackkan 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.

BEKALAN & KHIDMAT HOSPITAL

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

BAYARAN PEMBEDAHAN

Pembayaran balik bagi **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** untuk **Pembedahan** yang **Perlu Dari Segi Perubatan** oleh **Pakar**, termasuk lawatan penilaian prapembedahan **Orang yang Diinsuranskan** oleh **Pakar** 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.

BONUS PEMBEDAHAN UTAMA / BAYARAN PEMBEDAHAN UTAMA TAMBAHAN

Pembayaran balik manfaat tambahan bagi semua **Pembedahan** utama yang mencapai tahap tujuh puluh lima peratus (75%) atau lebih di Jadual **Pembedahan** namun dalam lingkungan maksimum yang dinyatakan di Jadual Manfaat.

BAYARAN PAKAR BIUS

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

BILIK BEDAH

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

UJIAN DIAGNOSTIK PRAHOSPITAL

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk ECG, sinar-x dan ujian makmal yang **Perlu Dari Segi Perubatan** yang dijalankan di **Hospital** untuk tujuan diagnostik bagi **Kecederaan** atau **Penyakit** apabila berkaitan dengan **Hilang Upaya** sebelum dimasukkan ke **Hospital** mengikut bilangan **Hari** dan jumlah maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat dan yang disyorkan oleh pengamal perubatan yang layak. Bayaran tidak akan dibuat jika dalam khidmat diagnostik itu, Yang

Diinsuranskan tidak menginap di **Hospital** untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu. Bayaran ubat dan rundingan yang dikenakan oleh pengamal perubatan tidak akan dibayar.

RUNDINGAN PAKAR PRAHOSPITAL

Pembayaran balik bagi **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 pengamal perubatan am yang memberikan rawatan. Bayaran tidak akan dibuat untuk rawatan klinikal (termasuk ubat dan rundingan berikutnya selepas **Penyakit** didiagnosis) atau apabila Yang Diinsuranskan tidak dimasukkan ke **Hospital** untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu.

UJIAN DIAGNOSTIK PRAPEMBEDAHAN

Pembayaran balik bagi **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** untuk ECG, sinar-x dan ujian makmal yang **Perlu Dari Segi Perubatan** untuk tujuan diagnostik bagi **Kecederaan** atau **Penyakit** apabila berkaitan dengan **Hilang Upaya** sebelum dimasukkan ke **Hospital** mengikut bilangan **Hari** dan jumlah maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat dan yang disyorkan oleh pengamal perubatan yang layak. Bayaran tidak akan dibuat jika dalam khidmat diagnostik itu, **Orang Yang Diinsuranskan** tidak menjalani **Pembedahan** bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu. Bayaran ubat dan rundingan yang dikenakan oleh pengamal perubatan tidak akan dibayar.

LAWATAN PAKAR PERUBATAN DALAM HOSPITAL

Pembayaran balik bagi **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** oleh **Pakar Perubatan** untuk lawatan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** ke atas pesakit dalam berbayar semasa dimasukkan ke **Hospital** kerana **Hilang Upaya** bukan **Pembedahan** tertakluk kepada maksimum satu (1) lawatan sehari tidak melebihi bilangan **Hari** dan jumlah maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

RAWATAN SELEPAS PENGHOSPITALAN

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

RAWATAN PESAKIT LUAR BAGI KEMALANGAN DAN KECEMASAN

Pembayaran balik bagi **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang ditanggung hingga jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, bagi **Kecederaan** anggota badan yang dilindungi yang timbul daripada **Kemalangan** untuk rawatan yang Perlu Dad 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.

RAWATAN PERGIGIAN KECEMASAN

Pembayaran balik bagi **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.

RAWATAN FISIOTERAPI PESAKIT LUAR (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Manfaat)

Pembayaran 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) had dari tarikh keluar **Hospital** / **Pembedahan** bagi **Mana-Mana Satu Hilang Upaya** sehingga jumlah maksimum yang ditetapkan di Jadual Faedah. Walaubagaimanapun, pembayaran tidak akan dibuat bagi ubatan / rawatan dan rundingan lanjutan dengan **Pakar Perubatan** yang sama.

BAYARAN AMBULANS

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

RAWATAN KANSER PESAKIT LUAR (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Manfaat)

Jika **Orang Yang Diinsuranskan** 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. Keadaan yang berikut dikecualikan:

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

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

RAWATAN DIALISIS BUAH PINGGANG PESAKIT LUAR (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Manfaat)

Jika **Orang Yang Diinsuranskan** 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 untuk mana-mana **Orang Yang Diinsuranskan** yang mengalami **Penyakit** renal kronik dan/atau menerima rawatan dialisis sebelum tarikh kuat kuasa Insurans.

ELAUN TUNAI HARIAN DI HOSPITAL KERAJAAN (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Manfaat)

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

PENJAGAAN KEJURURAWATAN DI RUMAH (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Manfaat)

Pembayaran 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 Yang Diinsuranskan di rumah. Penjagaan kejururawatan tersebut mesti disyorkan oleh **Pakar Perubatan** 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 **Orang Yang Diinsuranskan** dimasukkan ke **Hospital**.

SUMBANGAN KHAS (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Manfaat)

Sekiranya **Orang Yang Diinsuranskan** meninggal dunia sebelum usia lima puluh lima (55) tahun, **Kami** akan membayar kepada Pemegang Polisi jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Pemegang Polisi boleh menggunakan wang tersebut mengikut cara yang sesuai buat Pemegang Polisi, bagi membantu tanggungan atau waris terdekat **Orang Yang Diinsuranskan** membiayai sebarang belanja yang ditanggung yang melebihi bayaran perubatan layak yang dilindungi oleh Polisi.

PENGHANTARAN BALIK JENAZAH (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Manfaat)

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

MANFAAT PENJAGA HARIAN BAGI KANAK-KANAK YANG DIINSURANSKAN / BELANJA MENEMANI KANAK-KANAK (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Manfaat)

Pembayaran 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.

LANJUTAN PERGIGIAN TERHAD (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Manfaat)

Pembayaran Balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** bagi rawatan pergigian terhad di bawah anestetik am atau anestetik lokal yang dijalankan di **Hospital** atau Bilik Rundingan Pergigian. Ini merangkumi pemeriksaan X-Ray dan tertakluk kepada had berikut bagi setiap **Orang Yang Diinsuranskan**.

- i. Mencabut Gigi Tertanam atau Terimpak
Tidak melebihi RM200.00 setahun setiap **Orang Yang Diinsuranskan**.
- ii. Rawatan **Pembedahan** termasuk pemasangan wayar rahang
Tidak melebihi RM200.00 setahun setiap **Orang Yang Diinsuranskan**
- iii. Membuang ketumbuhan, sista atau sebarang **Penyakit** gusi
Tidak melebihi RM200.00 setahun setiap **Orang Yang Diinsuranskan**

BAYARAN LAPORAN PERUBATAN (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Manfaat)

Pembayaran 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.

RAWATAN PENYAKIT KECEMASAN (tidak terpakai kecuali jika dinyatakan dalam Jadual Manfaat)

Pembayaran 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 dua belas (12) tengah malam dan enam (6) pagi keesokan paginya. Masa rawatan seperti yang disahkan oleh **Doktor** yang merawat merupakan prasyarat liabiliti.

BIAYA PENGEBUMIAN (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Polisi)

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

TRANSPLAN ORGAN (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Polisi)

Pembayaran 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.

MANFAAT KEMATIAN (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Polisi)

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

MANFAAT KEMATIAN AKIBAT KEMALANGAN (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Manfaat)

Polisi ini dilanjutkan bagi membayar bayaran sekali gus seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, sekiranya **Orang Yang Diinsuranskan** meninggal dunia dalam tempoh insurans akibat **Kemalangan**. **Kemalangan** bermaksud kejadian yang berlaku secara tiba-tiba, tidak disengajakan, tidak dijangka, luar biasa dan yang tertentu pada masa dan di tempat yang dikenal pasti, yang hendaklah, tanpa bergantung pada apa-apa sebab lain, menjadi satu-satunya sebab bagi **Kecederaan** anggota badan.

MANFAAT TUNAI PENGHOSPITALAN (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Manfaat)

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.

RUNDINGAN PRAPEMBEDAHAN (PENDAPAT KEDUA) (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Manfaat)

Pembayaran 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.

LANJUTAN PENYAKIT JIWA (tidak terpakai kecuali dinyatakan dalam Jadual Manfaat)

Pembayaran balik **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** yang ditanggung bagi rawatan **Penyakit** jiwa sebagai pesakit dalaman di **Hospital Sakit** jiwa berdaftar. Manfaat yang dibayar balik adalah terhad kepada had yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

CUKAI KE ATAS PERBELANJAAN YANG LAYAK

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

PERUNTUKAN KHAS

ORANG-ORANG YANG LAYAK

Orang-orang yang layak dilindungi di bawah Polisi ini adalah

- a) sesiapa yang berusia di antara tujuh belas (17) tahun dan enam puluh lima (65) tahun, dan
- b) orang-orang yang bermastautin di Malaysia sahaja

KELAYAKAN

- a) Ahli-Ahli Diinsuranskan

Jika insurans ini dikuatkuasakan atas pembayaran premium seratus peratus (100%) oleh Yang Diinsuranskan, maka semua ahli yang merupakan kakitangan Yang Diinsuranskan atau kesemua mereka yang telah mendaftar sebagai ahli kepada badan korporat, ketika polisi berkuatkuasa, adalah layak untuk insurans.

Jika insurans dikuatkuasakan atas dasar sumbangan, di mana kedua-dua pihak Yang Diinsuranskan serta ahli-ahli menyumbang kepada premium, maka ahli-ahli yang bersetuju untuk menyumbang adalah layak :

- i) ketika polisi dikuatkuasakan bagi mereka yang di bawah penggajian oleh Yang Diinsuranskan.
- ii) Ketika permohonan dibuat untuknya, jika dibuat dalam masa tiga puluh satu (31) **Hari** kelayakan ahli
- iii) Ketika pihak **Kami** memutuskan bukti kebolehinisurans adalah memuaskan, jika permohonan baginya dibuat selepas tiga puluh satu (31) **Hari** kelayakan ahli atau kepada mereka yang layak.

Tarikh kuatkuasa bagi setiap ahli semasa dan akan datang akan ditentukan berdasarkan keperluan yang dinyatakan dalam Borang Permohonan. Jika pada masa tersebut, ahli layak untuk insurans dan beliau tidak aktif bekerja, perlindungan ahli berkenaan akan berkuatkuasa apabila beliau kembali bekerja aktif sepenuh masa.

- b) Tanggungan layak untuk insurans hanya apabila ahli diinsuranskan dan apabila ahli memohon untuk mendaftar tanggungan dan akan berkuatkuasa apabila pihak **Kami** memutuskan bukti kebolehinisurans adalah memuaskan, dan bukti tersebut dikemukakan atas biaya ahli.

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.

BAYARAN BERSAMA BILIK DAN MAKAN DINAikkan

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

WILAYAH PASARAN GEOGRAFI

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

RAWATAN LUAR NEGARA

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

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** yang ditetapkan yang berlaku dalam tempoh seratus dua puluh (120) **Hari** pertama bagi perlindungan berterusan.
3. Apa-apa keadaan perubatan atau fizikal yang berlaku dalam tempoh tiga puluh (30) **Hari** pertama perlindungan atau tarikh pengembalian semula bagi **Orang yang Diinsuranskan**, mengikut mana-mana yang terakhir kecuali untuk **Kecederaan** akibat **Kemalangan**.
4. **Pembedahan** plastik/kosmetik, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasan atau **Pembedahan** (Keratotomi radial) dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik seperti anggota tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.
5. **Penyakit** pergigian termasuk rawatan pergigian atau **Pembedahan** oral kecuali apabila diperlukan kerana **Kecederaan** Akibat **Kemalangan** pada gigi asli yang sihat yang berlaku sepenuhnya dalam Tempoh insurans.
6. Penjagaan peribadi, rehat pulih atau jagaan kebersihan, dadah yang tidak dibenarkan, intoksikasi, pensterilan, **Penyakit** venereal dan sekuelanya, AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan **Penyakit**) atau ARC (Kompleks Berkaitan AIDS) dan **Penyakit** berkaitan HIV (Sindrom Kurang Daya Tahan Manusia), dan apa-apa **Penyakit** berjangkit yang memerlukan kuarantin oleh undang-undang.
7. Apa-apa rawatan atau operasi **Pembedahan** untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk **Penyakit** keturunan.
8. Kehamilan, melahirkan **Anak** (termasuk kelahiran secara **Pembedahan**), keguguran, menggugurkan kandungan dan jagaan

- serta **Pembedahan** pranatal atau postnatum, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pensterilan.
9. **Penghospitalan** terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis, pemeriksaan sinar-x, pemeriksaan fizikal atau perubatan am, tidak berkaitan dengan rawatan atau diagnosis **Hilang Upaya** yang dilindungi yang tidak **Perlu Dari Segi Perubatan** dan apa-apa rawatan pencegahan, ubat atau pemeriksaan pencegahan yang dijalankan oleh **Pakar** Perubatan, dan rawatan khusus untuk mengurangkan atau menaikkan berat badan.
 10. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau **Kecederaan** diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.
 11. Perang atau apa-apa tindakan perang, diisytiharkan atau tidak diisytiharkan, aktiviti jenayah atau pengganas, bergiat cergas dalam mana-mana angkatan bersenjata, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan dan kekecohan awam atau penderhakaan tentera
 12. Radiasi pengionan atau pencemaran melalui radioaktiviti daripada mana-mana bahan api nuklear atau sisa nuklear daripada proses **Pembedahan** nuklear atau daripada apa-apa bahan senjata nuklear.
 13. Belanja yang ditanggung untuk menderma mana-mana organ tubuh oleh **Orang Yang Diinsuranskan** dan kos pemerolehan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma ketika transplan organ dan komplikasinya.
 14. Penyiasatan dan rawatan gangguan tidur dan dengkur, 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** herbs, urut atau terapi aroma atau rawatan pilihan yang lain.
 15. Jagaan atau rawatan yang pembayarannya tidak dikehendaki atau setakat yang ia dibayar oleh mana-mana insurans lain atau tanggung rugi yang melindungi Yang Diinsuranskan dan **Hilang Upaya** yang timbul daripada tugas dalam pekerjaan atau kerjaya yang dilindungi di bawah Kontrak Insurans Pampasan Pekerja.
 16. Psikotik, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).
 17. Kos/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.
 18. **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 dan aktiviti yang tidak dibenarkan.
 19. Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.
 20. Belanja yang ditanggung untuk menukar jantung.

SYARAT-SYARAT AM

Polisi ini dan Jadualnya hendaklah dibaca bersama sebagai satu kontrak dan sebarang perkataan atau pernyataan yang disertakan dengan makna khusus dalam mana-mana bahagian Polisi atau Jadual hendaklah membawa makna khusus yang sama di mana juga ia digunakan.

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 diparap oleh wakil **Kami** yang diberi kuasa.

PRASYARAT LIABILITI

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

KEWAJIPAN PENDEDAHAN

Kontrak Insurans Pengguna - Apabila **Anda** telah memohon Insurans ini sepenuhnya untuk tujuan diri sendiri / keluarga / tanggungan, **Anda** mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam Borang Cadangan (atau semasa cadangan Insurans ini). Dalam kata lain, **Anda** haruslah menjawab soalan dengan penuh dan tepat. Kegagalan dalam mengambil langkah munasabah dalam menjawab soalan-soalan boleh mengakibatkan pembatalan kontrak Insurans, keengganan atau pengurangan 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 kewajipan untuk memberitahu **Kami** dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak Insurans **Anda** ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan **Kami**, apa-apa maklumat yang diberikan di dalam Borang Cadangan (atau semasa cadangan Insurans ini) tidak tepat atau telah berubah.

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

SILAP NYATA UMUR

Jika umur **Orang Yang Diinsuranskan** telah tersilap nyata dan akibatnya premium yang dibayar tidak mencukupi, maka apa-apa tuntutan yang dibayar di bawah Polisi ini hendaklah dikira secara pro rata berasaskan nisbah premium sebenar yang dibayar

dengan premium yang betul yang sepatutnya dikenakan selama setahun. Apa-apa premium yang berlebihan, yang mungkin telah dibayar akibat silap nyata umur, hendaklah dibayar balik tanpa faedah. Jika pada umur yang betul, **Orang Yang Diinsuranskan** itu tidak layak dilindungi di bawah Polisi ini, maka tiada manfaat akan dibayar.

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 melalui 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.

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.

PERUBAHAN DALAM RISIKO

Orang Yang Diinsuranskan 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**.

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**, dengan syarat pembuat tuntutan tidak berpindah dari atau kepada **Hospital** swasta untuk rawatan serta bayaran bilik dan penginapan adalah tidak melebihi jumlah yang diperuntukkan dalam Pelan dipilih yang terpakai untuk pembuat tuntutan.

TEMPOH TANGGUH

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

PENGAMBILALIHAN POLISI

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

POLISI DITINGKATKAN

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

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 **Orang Yang Diinsuranskan** itu 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.

TINGGAL DI LUAR NEGARA

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

PERAKUAN, MAKLUMAT DAN BUKTI

Semua sijil, maklumat, laporan dan bukti perubatan seperti yang dikehendaki oleh **Kami** hendaklah diserahkan atas belanja **Orang Yang Diinsuranskan**, 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**. **Orang Yang Diinsuranskan** hendaklah, atas permintaan dan belanja **Kami**, menyerahkan kepada pemeriksaan perubatan apabila ia dianggap perlu.

POLISI LAIN

Jika **Orang Yang Diinsuranskan** 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.

PROSEDUR TUNTUTAN

- (a) **Orang Yang Diinsuranskan** 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) **Orang Yang Diinsuranskan** hendaklah mendapatkan dan bertindak berdasarkan nasihat perubatan yang sewajarnya dan **Kami** tidak bertanggungjawab jika rawatan atau khidmat diperlukan berikutan kegagalan **Orang Yang Diinsuranskan** berbuat demikian.

BUKTI KERUGIAN

Kami, setelah menerima notis berkaitan, 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

MENGEMUKAKAN BUKTI KERUGIAN

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.

PEMERIKSAAN PERUBATAN

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

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.

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.

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:-

Tempoh Tidak Melebihi 15 hari	Bayaran Balik Premium Tahunan 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

PENAMATAN AUTOMATIK

Insurans **Orang Yang Diinsuranskan** 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:
 - (1) 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,
 - (2) Insurans ahli yang diberhentikan kerja boleh diteruskan, namun tidak boleh melebihi akhir bulan polisi selepas bulan polisi bila mana pemberhentian kerja bermula;
 - (3) Insurans ahli yang diberi cuti bekerja yang tidak berkaitan dengan perniagaan Yang Diinsuranskan boleh diteruskan, namun tidak boleh melebihi akhir bulan polisi selepas bulan polisi bila mana cuti tersebut bermula;
- c) apabila **Orang Yang Diinsuranskan** meninggal dunia; atau
- d) pada Ulang **Tahun Polisi** atau **Hari** lahir **Orang Yang Diinsuranskan** yang ke enam puluh lima (65); atau
- e) pada tarikh premium perlu dibayar jika Yang Diinsuranskan tidak membayar premium yang diperlukan bagi **Orang Yang Diinsuranskan**; atau
- f) jika **Orang Yang Diinsuranskan** tidak lagi menetap di Malaysia.

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.

PENAMATAN AUTOMATIK PERLINDUNGAN ANAK TANGGUNGAN

- a) pada tarikh perlindungan ahli tamat; atau
- b) ketika **Orang Yang Diinsuranskan** meninggal dunia; atau
- c) pada tarikh tanggungan berkenaan tidak lagi menjadi tanggungan seperti yang didefinisikan di polis ini.

PINDAAN

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.

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.

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.

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 **Orang Yang Diinsuranskan** yang dilindungi di bawah Polisi ini.

TEMPOH BERTENANG

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

MATA WANG BAYARAN

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

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.

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.

UNDANG-UNDANG YANG MENGAWAL POLISI

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

PERUNTUKAN CUKAI

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

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.

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).

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.
- (d) Sekiranya terdapat sebarang percanggahan, anda boleh mendapatkan penimbangtaraan bagi kes anda.

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 Insurans 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.ofs.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

