

MedicaGen 200 Policy

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

NOW THIS POLICY WITNESSETH that subject to the terms, 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 the periods 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 discharged and subsequent disability from the same cause shall be considered as though it were a new disability.

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

CHILD shall mean any person who has attained the age of thirty (30) days and is an unmarried person, is financially dependent upon **You** and is under the age of twenty-three (23) for those registered as full-time students at 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 six (6) months from the time of birth. These will include hernias of all types and epilepsy except when caused by a trauma, which occurred after the date that **You** were continuously covered under this Policy.

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

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

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

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

DOCTOR or PHYSICIAN or SURGEON shall mean a registered medical practitioner qualified and licensed to 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 an establishment duly constituted and registered as a **Hospital** for the care and treatment of sick and injured persons as paying bed-patients, and which:

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

HOSPITAL CONFINEMENT shall mean **You** being duly registered and admitted as 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 shall mean the person described in the Policy Schedule 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) hour basis solely for treatment of patients in critical condition and is equipped to provide special nursing and medical services not available elsewhere in the **Hospital**.

LIFETIME LIMIT shall mean the maximum amount payable in the lifetime of the **Insured Person**. Once the **Lifetime Limit** is reached, the Policy is automatically terminated. Where stated in the Policy, the **Lifetime Limit** shall be equal to one (1) time the **Overall Annual Limit** except in the event that no claims lodged with **Us** under this Policy Contract (nor any other **Hospitalisation** and Surgical or Critical **Illness** policies / Supplementary Contracts insured by this **Company** or any other insurer) for two (2) consecutive years where the **Lifetime Limit** shall then be equal to three (3) times the **Overall Annual Limit**.

LOSS OF FINGERS OR TOES shall mean the complete severance through or above the metacarpophalangeal joints.

LOSS OF LIMB shall mean a loss of physical severance of a hand at or above the wrist or of a foot at or above the ankle.

LOSS OF SIGHT with reference to eyes means the entire, total and irrecoverable loss of sight.

LOSS OF USE shall mean a total functional disablement and is treated like the total loss of said **Limb** or organ.

LOSS OF SPEECH shall mean a permanent inability to communicate verbally.

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 **You** or the **Physician**, and unable to be reasonably rendered out of **Hospital** (if admitted as an inpatient), and
- (d) not of an experimental, investigational or research nature, preventive or screening nature, and
- (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 a type/ types of **Disability**. In the event of the **Overall Annual Limit** having been paid, all insurance for **You** hereunder shall immediately cease to be payable for the remaining **Policy Year**.

PERMANENT TOTAL DISABLEMENT shall mean disablement that results solely, directly and independently of all other causes from bodily injury and which occurs within three hundred and sixty-five (365) consecutive days, will in all probability entirely prevent **You** from engaging in employment at any and every kind for the remainder of **Your** life and term which there is no hope of improvement.

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

POLICY YEAR shall mean the one (1) year period including the effective date of commencement of Insurance and immediately following that date, or the one 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 are receiving treatment;
- (b) medical advice, diagnosis, care or treatment has been recommended;
- (c) clear and distinct symptoms are or were evident; or
- (d) its existence would have been apparent to a reasonable person in the circumstances.

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

REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGES shall mean charges for medical care which is **Medically Necessary**, and 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 status.

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

SPECIFIED ILLNESSES shall mean the following disabilities and its related complications, occurring within the first one hundred and twenty (120) days of Insurance to **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 electrocauterise any organ or body part, except for dental services.
- (b) To repair, revise, or reconstruct any organ or body part.
- (c) To reduce by manipulation a fracture or dislocation.
- (d) Use of endoscopy to remove a stone or object from the larynx, bronchus, trachea, esophagus, stomach, intestine, urinary bladder, or urethra.

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

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

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

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

SECTION A (HOSPITAL AND SURGICAL INSURANCE) 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 to **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.

ANAESTHETIST'S FEES

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

OPERATING THEATRE

Reimbursement of the **Reasonable and Customary 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, surgery is not required for the medical condition diagnosed. Medications and consultation charges 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 medication costs and subsequent consultation after the **Illness** is diagnosed) or where **Hospital Confinement** is not required for the treatment of the medical condition diagnosed.

IN-HOSPITAL PHYSICIAN VISIT

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

POST HOSPITALISATION TREATMENT

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

EMERGENCY ACCIDENTAL OUT-PATIENT TREATMENT

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred up to the maximum stated in the Schedule of Benefits, as a result of a covered bodily injury arising from an **Accident** for **Medically Necessary** treatment as an **Out-Patient** 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.

OUT-PATIENT PHYSIOTHERAPY TREATMENT

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

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

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

Such treatment (radiotherapy or chemotherapy excluding consultation, examination tests, take home drugs) must be received at the **Out-Patient** department of a **Hospital** or a registered cancer treatment centre immediately following discharge from **Hospital Confinement** or **Surgery**. Cancer is defined as the uncontrollable growth and spread of malignant cells and the invasion and destruction of normal tissue for which major interventionist treatment or **Surgery** (excluding endoscopic procedures alone) is considered necessary. The cancer must be confirmed by histological evidence of malignancy. The following conditions are excluded:

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

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

OUT-PATIENT KIDNEY DIALYSIS TREATMENT

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

Such treatment (dialysis excluding consultation, examination tests, take home drugs) must be received at the **Out-Patient** department of a **Hospital** or a registered dialysis treatment centre immediately following discharge from **Hospital Confinement** or **Surgery**. Kidney Failure means end stage renal failure presenting as chronic, irreversible failure of both kidneys to 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 is receiving dialysis treatment prior to the effective date of Insurance.

DAILY-CASH ALLOWANCE AT GOVERNMENT HOSPITAL

Pays a daily allowance for each **Day** of confinement for a covered **Disability** in a **Malaysian Government Hospital**, provided that **You** are confined in 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

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**.

INSURED CHILD'S DAILY GUARDIAN BENEFIT

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.

MEDICAL REPORT FEES

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

TAX ON ELIGIBLE EXPENSES

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

SPECIAL PROVISION

UPGRADED ROOM AND BOARD CO-PAYMENT

If **You** are hospitalised at a published Room & Board rate which is higher than **Your** eligible benefit, **You** shall bear 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 TO SECTION A

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 one hundred and twenty (120) days of continuous cover.
3. Any medical or physical conditions arising within the first thirty (30) days of **Your** cover or date of reinstatement whichever is latest except for 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, sterilisation, 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 Workmen's Compensation Insurance Contract.
16. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations.)
17. Costs/expenses of services of a non-medical nature, such as television, 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.

SECTION B (PERSONAL ACCIDENT INSURANCE)

DESCRIPTION OF BENEFITS

IF, WHILE THIS POLICY CONTRACT IS IN FORCE, You shall sustain bodily injury which results in loss of an **Insured Person** or any of the following losses, as described herein, within three hundred and sixty-five (365) days after the occurrence of the **Accident, We** shall, upon receipt and approval of proof, pay the benefit according to the Table of Benefit as stated in this Policy Contract.

EXPOSURE

If following an **Accident, You** are unavoidably exposed to the natural elements and as a result of such exposure, suffer an **Injury** as specified in the Table of Benefits, such **Injury** shall be considered as constituting a claim but only in respect of death or permanent disablement.

ACCIDENTAL DEATH AND PERMANENT DISABLEMENT

Indemnity payments as stated in the Table of Benefits are expressed hereunder as a percentage of the Principal Sum of this Policy Contract as shown on the Schedule of Benefits.

EXCLUSIONS TO SECTION B

This Policy shall not cover accidental death and/or injuries arising directly or indirectly, wholly or partly, by any one of the following occurrences:

- (a) self-destruction or any attempt thereof or self-inflicted **Injury** while sane or insane, intoxication by alcohol or drugs/narcotics of any kind (other than those taken in accordance with treatment prescribed and directly by the Registered Medical Practitioner, but not for the treatment of drug or alcohol addiction);
- (b) war, declared or undeclared, revolution or any warlike operations, and any act of terrorism. For the purpose of this Policy Contract an act of terrorism means an act, including but not limited to the use of force or violence and/or the threat thereof, of any person or group(s) of persons, whether acting alone or on behalf of or in connection with any organisation(s) or government(s), committed for political, religious, ideological, or ethnic purposes or reasons including the intention to influence any government and/or to put the public, or any section of the public, in fear;
- (c) armed forces or police service in time of declared or undeclared war or while under orders for warlike operations or restoration of public order (except those personnel who are administration staff);
- (d) making an arrest as an officer of the law;
- (e) violation or attempted violation of the law or resistance to arrest;
- (f) racing on horses or wheels;
- (g) hernia, ptomaines or bacterial infection (except pyogenic infection which shall occur with and through an accidental cut or wound);
- (h) entering, operating or servicing, ascending or descending from or with any aerial device or conveyance except while the Insured is in an aircraft operated by a commercial passenger airline on a regular scheduled passenger trip over its established passenger route or as a passenger on an unscheduled commercial flight or military air transport;
- (i) participation in professional sports (including caving, potholing and bungee jumping);
- (j) use of prototype engines;
- (k) all kinds of **Disease** including dengue fever and Japanese Encephalitis, pregnancy, childbirth or any form of miscarriage;
- (l) **Illness, Injury** or other losses occurring before the payment of the initial premium, or while the policy is in a state of lapse.

TABLE OF BENEFITS

		% of Accidental Death and Permanent Disablement Sum Assured
Loss of life		100%
Loss of two (2) limbs		100%
Loss of both hands, or of all fingers and both thumbs		
Total paralysis		
Total insanity		
Injuries resulting in being permanently bedridden		
Any other injury causing permanent total disablement		
Loss of arm at shoulder		
Loss of arm between shoulder and elbow		
Loss of arm at elbow		
Loss of arm between elbow and wrist		
Loss of hand at wrist		
Loss of leg	- at hip	100%
	- between knee and hip	100%
	- between knee and ankle	100%
Eye: Loss of whole eye	- sight of	100%
	- sight of except perception of light	50%
	- lens of	50%
Loss of four (4) fingers and thumb of one (1) hand		50%
Loss of four fingers		40%
Loss of thumb	- both phalanges	25%
	- one (1) phalanx	10%
Loss of index finger	- three (3) phalanges	10%
	- two (2) phalanges	8%
	- one (1) phalanx	4%
Loss of middle finger	- three (3) phalanges	6%
	- two (2) phalanges	4%
	- one (1) phalanx	2%
Loss of ring finger	- three (3) phalanges	5%
	- two (2) phalanges	4%
	- one (1) phalanx	2%
Loss of little finger	- three (3) phalanges	4%
	- two (2) phalanges	3%
	- one (1) phalanx	2%
Loss of metacarpals	- first or second (additional)	3%
	- third, fourth or fifth (additional)	2%
Loss of toes	- all	15%
	- great, both phalanges	5%
	- great one (1) phalanx	2%
	- other than great, if more than one (1) toe lost each	1%
Loss of hearing	- both ears	75%
	- one (1) ear	15%
Loss of speech		50%

Percentage of Principal Sum payable for Permanent **Disability** not set forth in the above table shall be determined by **Us** in its absolute discretion.

Loss of Use shall mean total functional disablement and is treated like the total loss of said **Limb** or organ.

Where more than one (1) infirmity arises from any one (1) **Accident**, the percentages are added together but cannot exceed 100% of the Principal Sum for each Insured.

In no case shall Indemnity payments under this section exceed the 100% of the Sum Assured stated in Table of Benefits of this Section in any one (1) **Accident**.

Where the **Injury** is not specified, **We** reserves the right to adopt a percentage of disablement which, in its opinion, is not inconsistent with the provisions of the Table of Benefits.

The occurrence of any specific loss to the Insured for which indemnity amounting to 100% of the Sum Assured of this Section of the Policy, shall forthwith terminate all coverage under this Section then in effect on the said Insured. If a specific loss payable is less than 100%, coverage shall continue for the balance percentage of the Sum Assured of this Section but only for the unexpired period for which premium has already been paid. Thereafter, the Sum Assured of this Section shall automatically be reinstated to the full 100% of the original Sum Assured set forth in the Schedule of Benefits of the Policy next anniversary **Renewal** due date provided the required **Renewal** premium is paid for within the Grace Period.

GENERAL CONDITIONS

This Policy and 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.

PERSONS ELIGIBLE

Person eligible to be covered under this Supplementary Contract is:-

- (a) anyone between the ages of thirty (30) days and sixty (60) years and renewable up to age seventy-five (75), and
- (b) persons who reside in Malaysia only.

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 invalid unless the same is signed or initiated 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.

PERIOD OF COVER AND RENEWAL

This Policy shall become effective as of the date stated in the Policy Information Page. The Policy Anniversary shall be one (1) year after the effective date and annually thereafter. On each such anniversary, this Policy is renewable at the premium rates in effect at that time as notified by **Us**. This Policy will be renewable at the option of **Policyholder** subject to the terms, conditions and termination at each of the anniversary of the Policy date. The **Renewal** premium payable is not guaranteed and **We** reserve the right to revise the premium rate applicable at the time of **Renewal**. Such changes, if any shall be applicable to all **Policyholders**

irrespective of their claim experience according to **Our** risk assessment.

This Policy is renewable at the option of **Policyholder** until the occurrence of any of the following:

- (a) non-payment of premium or premium not made on time
- (b) fraud or misrepresentation of material fact during application
- (c) the policy is cancelled at the request of the **Policyholder**
- (d) total claims of the policy have reached the **Lifetime Limit** specified and/or on the death of **You**
- (e) **You** attain the coverage age limit specified
- (f) termination of coverage for all policies in a certain market and **We** withdraw this Policy completely from the market in accordance with the Portfolio Withdrawal Condition.

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**. Premiums are payable at the premium rate according to each member's attained age on each **Policy Year** anniversary.

We shall have the right to change the rate at which premiums shall be calculated, at the start of any **Policy Year**, provided that **We** notify the **Policyholder** at least ninety (90) days in advance of the date such premium is due.

OCCUPATION

This Policy shall be renewed provided that **You** do not fall within an occupation class, which is not insurable under this plan.

FULL REIMBURSEMENT IN A GOVERNMENT HOSPITAL

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

WAITING PERIOD

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

TAKE-OVER POLICIES

If this Policy shall have commenced immediately upon termination of a preceding policy and **You** shall have been afflicted with a medical **Disability** prior to or at the time this Policy started (and benefits under the preceding policy would have been available to 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 for **You** under the terms of this Policy are increased while it is in force or at the time of **Renewal** or replacement and if **You** have been afflicted with a **Disability** prior to, or at the time the Benefits were increased, the Limits of Benefits payable in respect of such **Disability** shall not exceed the Limit of Benefits prior to the date the Benefits were upgraded.

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 the **Policyholder** to give, must be in writing and addressed to **Us**. **You** shall, at **Our** request and expense, submit to a medical examination whenever it is deemed necessary.

CONTRIBUTION

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

CLAIM PROCEDURES

- (a) **You** shall within thirty (30) days of a **Disability** that incurs claimable expenses, give written notice to **Us** stating full particulars of such event, including all original bills and receipts, and a full **Physician's** report stipulating the diagnosis of the condition treated and the date the **Disability** commenced in the **Physician's** opinion and the **Physician's** summary of the cost of 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

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

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

ARBITRATION

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

CANCELLATION

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

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

AUTOMATIC TERMINATION

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

- (a) on **Your** death; or
- (b) on the Policy Anniversary following **Your** seventy-fifth (75th) birthday; or
- (c) if any premium on this Policy remains unpaid or premium not paid on time; or
- (d) if the accumulated total benefits paid since the original Policy Date exceed the **Lifetime Limit** as shown in the Schedule of Benefits and stated in the **Lifetime Limit** Clause.

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

ALTERATIONS

We reserve the right to amend the terms and provisions of this Policy by giving a thirty (30) **Day** 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 authorised by **Us** and such approval is endorsed thereon. **We** shall give thirty (30) days prior written notice to the **You**, according to the last recorded address for any alterations

made.

POLICY SHALL BE VOID

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

This Policy shall also be void if **You** make any claim which is fraudulent or exaggerated, or if **You** make any false declaration or statements in support of any claim.

CASH BEFORE COVER

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

GRACE PERIOD

Notwithstanding the Cash before Cover condition, a Grace period of fourteen (14) days from its due date will be allowed for payment of each premium after the first **Policy Year**. 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 authorised representative) alone shall be an effective discharge at 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.

PORTFOLIO WITHDRAWAL CONDITION

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

COOLING OFF-PERIOD

If this Policy has been issued and for any reason whatsoever **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.

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.

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, 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.

SCHEDULE OF BENEFITS (MEDICAGEN 200)

Plan BENEFITS	Plan 1 (RM)	Plan 2 (RM)	Plan 3 (RM)	Plan 4 (RM)
Overall Annual Limit per Insured	35,000	50,000	70,000	120,000
Lifetime Limit – During the first two (2) policy years	35,000	50,000	70,000	120,000
Lifetime Limit – Thereafter, provided insured has been claim free for the preceding two (2) policy years	105,000	150,000	210,000	360,000
	Limit Per Disability			
Hospital Benefits				
• Hospital Room & Board (max. 365 days per annum)	110	160	210	360
• Intensive Care Unit (max. 60 days per annum)	As Charged			
• Hospital Supplies and Services				
• Surgical Fees				
• Anaesthetist Fees				
• Operating Theatre				
• Pre-Hospital Diagnostic Test (within 60 days prior to admission)				
• Pre-Hospital Specialist Consultation (within 60 days prior to admission)				
• In-Hospital Physician Visit (max. 365 days per annum)	As Charged			
• Post-Hospitalisation Treatment (within 31 days from discharge)				
Out-Patient Benefits	As Charged			
• Emergency Accidental Out-Patient Treatment (within 24 hours and follow-up treatment to a max. of 31 days)				
• Out-Patient Physiotherapy Treatment (within 90 days from discharge / surgery)	As Charged			
• Ambulance Fees				
• Out-Patient Kidney Dialysis Treatment (per annum)	350	500	700	1,200
• Out-Patient Cancer Treatment (per annum)	11,000	16,000	21,000	36,000
	22,000	32,000	42,000	72,000
Other Benefits				
• Daily Cash Allowance at Government Hospital (max. 365 days per annum)	100	100	100	100
• Home Nursing Care (per annum)	1,500	1,500	1,500	1,500
• Insured Child's Daily Guardian Benefit (max per disability)	200	250	300	400
• Medical Report Fees	80	80	100	100
• Tax on Eligible Expenses	As Charged			
Personal Accident @ Age 75				
• Accident Death & Disablement (per insured)	50,000	50,000	50,000	50,000

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.

IMPORTANT

You should read this Policy carefully, and if any error or misdescription be found herein, or if the cover be not in accordance with the wishes of the Insured, advice should at once be given to the Insurer and the Policy returned for attention.

PROCEDURES FOR MAKING INSURANCE COMPLAINTS

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

To avoid misunderstanding, it is very important that this Policy, the **Policy Schedule** and any Endorsements attached therein be read thoroughly. If **You** have any complaints or grievances pertaining to **Your** Policy, please contact **Your** agent, if any or get in touch with **Our** issuing office.

We assure **You** that **Your** complaints will be attended to promptly. As a responsible insurer, **We** wish to bring to **Your** attention that **You** could also address **Your** dissatisfaction to the Ombudsman For Financial Services (OFS) or to Bank Negara Malaysia's Contact Centre (BNMLINK) as listed below.

PROCEDURES FOR COMPLAINT TO OFS

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

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

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

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

Zurich General Insurance Malaysia Berhad

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

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

Email: CallCentre@zurich.com.my

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

Level 14, Main Block, Menara Takaful Malaysia,

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

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

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

Procedures for complaint to BNMLINK

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

Contact Centre (BNMLINK)

Bank Negara Malaysia

P.O. Box 10922, 50929 Kuala Lumpur

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

E-mail: bnmtelelink@bnm.gov.my

Zurich General Insurance Malaysia Berhad

Registration No. 201701035345 (1249516-V)

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

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

www.zurich.com.my

ZURICH®



ZURICH®

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



ZURICH®

Polisi MedicaGen 200

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** 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 dua puluh tiga (23) tahun bagi

mereka yang didaftarkan sebagai pelajar sepenuh masa di institusi pengajian yang diiktirafkan.

PENYAKIT KONGENITAL hendaklah bermaksud apa-apa keabnormalan perubatan atau fizikal yang wujud sejak lahir, dan juga keabnormalan fizikal neonatal yang berkembang dalam tempoh enam (6) bulan dari tarikh kelahiran. Ini termasuk semua jenis hernia dan epilepsi kecuali disebabkan oleh trauma yang berlaku selepas tarikh **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 dalam Jadual Manfaat.

HOSPITAL hendaklah hanya bermaksud pertubuhan yang ditubuhkan dan didaftarkan sewajarnya sebagai **Hospital** untuk jagaan dan rawatan orang yang sakit dan cedera sebagai pesakit yang menginap dan membayar penginapannya, 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 hendaklah bermaksud orang yang dinyatakan dalam Jadual Polisi 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.

HAD SEUMUR HIDUP bermaksud jumlah maksimum yang akan dibayar sepanjang umur **Orang Yang Diinsuranskan**. Apabila jumlah telah mencapai **Had Seumur Hidup**, Polisi akan tamat secara automatik. Seperti yang dinyatakan dalam Polisi, **Had Seumur Hidup** adalah terpakai. **Had Seumur Hidup** adalah setara dengan satu (1) kali **Had Tahunan Keseluruhan** kecuali bila mana tiada tuntutan dikemukakan kepada pihak **Kami** di bawah Kontrak Polisi (atau sebarang Polisi/Kontrak Tambahan **Hospital** dan **Pembedahan** atau **Penyakit** Kritikal yang diinsuranskan oleh Syarikat ini atau mana-mana Penginsurans lain) untuk tempoh dua (2) tahun berturut-turut dimana **Had Seumur Hidup** ketika itu adalah setara dengan tiga (3) kali **Had Tahunan Keseluruhan**.

KEHILANGAN JARI ATAU IBU JARI bermaksud putus seluruhnya melalui atau di atas sendi metakarpofalangeal.

KEHILANGAN ANGGOTA bermaksud putus fizikal tangan pada atau di atas pergelangan tangan atau kaki pada atau di atas buku lali.

KEHILANGAN PENGLIHATAN merujuk kepada mata yang bermaksud kehilangan daya penglihatan yang menyeluruh serta tidak boleh sembuh.

KEHILANGAN DAYA GUNA bermaksud kehilangan upaya fungsi keseluruhan dan diperlakukan seperti kehilangan keseluruhan anggota atau organ tersebut.

KEHILANGAN DAYA BERTUTUR bermaksud **Hilang Upaya** keseluruhan untuk berkomunikasi secara lisan.

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 **Hospital** yang bayaran 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 diperoleh sewajarnya di luar **Hospital** (jika dimasukkan ke wad sebagai pesakit dalam) dan
- (d) bukan berbentuk eksperimen, penyelidikan atau kajian, pencegahan atau penyaringan, dan
- (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.

KEHILANGAN UPAYA PENUH KEKAL bermakna kehilangan upaya berlaku, semata-mata secara langsung dan bebas daripada semua sebab lain akibat **Kecederaan** badan, dan yang dialami untuk tempoh tiga ratus enam puluh lima (365) **Hari** berturut-turut yang kemungkinan besar mencegah **Orang Yang Diinsuranskan** secara sepenuhnya daripada melihatkan diri dalam sebarang bentuk pekerjaan sepanjang hayatnya yang mana tiada harapan untuk sembuh.

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

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

PENYAKIT SEDIA ADA hendaklah terhad kepada kehilangan upaya yang wujud sebelum tarikh kuatkuasa perlindungan dan 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 setanding untuk kesakitan, **Penyakit** atau **Kecederaan** serupa 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 sebarang selang masa selepas tarikh luput Polisi sebelumnya dengan kandungan yang sama.

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 satu ratus 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 system biliari
- (c) Semua **Penyakit** telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak
- (d) Hernia, hemoroid, fistula, hidrosele, varikosele
- (e) Endometriosis 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 mengelektrokauteri mana-mana bahagian organ atau badan kecuali untuk khidmat pergigian.
- (b) Untuk membaiki, mengubah atau membentuk semula mana-mana bahagian organ atau badan.
- (c) Untuk mengurangkan fraktur atau dislokasi melalui manipulasi.
- (d) Penggunaan endoskopi untuk mengeluarkan batu atau objek dari larinks, bronkus, trakea, esophagus, 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.

SEKSYEN A (INSURANS HOSPITAL DAN PEMBEDAHAN) 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 **Hospital** 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 dihadkan kepada kadar Bilik dan Makan Harian **Hospital**. Tiada Manfaat Bilik **Hospital** dan Makan akan dibayar untuk tempoh dimasukkan ke **Hospital** yang sama di mana manfaat **Unit Rawatan Rapi** dibayar.

BEKALAN HOSPITAL & PERKHIDMATAN

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** dan jumlah 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.

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 PRA-HOSPITAL

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah and 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, **Orang Yang Diinsuranskan** tidak perlu dimasukkan ke **Hospital** untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu. Bayaran ubat dan rundingan yang dikenakan oleh pengamal perubatan tidak akan dibayar.

RUNDINGAN PAKAR PRA-HOSPITAL

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 **Orang Yang Diinsuranskan** tidak dimasukkan ke **Hospital** untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu.

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 Dari Segi Perubatan** sebagai **Pesakit Luar** di mana-mana klinik atau **Hospital** berdaftar dalam tempoh dua puluh empat (24) jam dari masa berlaku **Kemalangan** yang menyebabkan **Kecederaan** anggota badan yang dilindungi. Rawatan susulan oleh **Doktor** yang sama atau klinik atau **Hospital** berdaftar yang sama untuk **Kecederaan** anggota badan yang dilindungi yang sama akan disediakan hingga jumlah maksimum dan bilangan **Hari** maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

RAWATAN FISIOTERAPI PESAKIT LUAR

Pembayaran balik bayaran yang Munasabah dan Biasa Diamalkan bagi rawatan fisioterapi **Pesakit Luar** yang dirujuk secara bertulis oleh **Pakar Perubatan** berlesen selepas **Pembedahan** atau rawatan dalam **Hospital** dalam tempoh sembilan puluh (90) **Hari** dari Tarikh keluar **Hospital/Pembedahan** bagi **Mana-Mana Satu Hilang Upaya** sehingga jumlah maksimum yang ditetapkan di Jadual Faedah. Walau bagaimanapun, 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 domestik (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

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

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 dialysis buah pinggang yang dijalankan di pusat dialysis berdaftar yang sah tertakluk kepada had **Hilang Upaya** ini seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

Rawatan tersebut (dialysis tidak termasuk rundingan, ujian pemeriksaan, dadah yang dibawa pulang) hendaklah diterima di jabatan **Pesakit Luar Hospital** atau di pusat rawatan dialysis berdaftar sebaik sahaja selepas keluar dari **Hospital** atau **Pembedahan**. Kegagalan Buah Pinggang bermaksud kegagalan renal peringkat akhir yang menyebabkan kegagalan kronik dan fungsi kedua-dua buah pinggang tidak boleh dipulihkan, menyebabkan 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

Bayaran elaun harian bagi setiap **Hari** semasa menginap di **Hospital Kerajaan Malaysia** 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

Pembayaran balik bayaran yang Munasabah dan Biasa Diamalkan sehingga jumlah orang yang dinyatakan di Jadual Manfaat untuk penjagaan kejururawatan berterusan oleh Jururawat Berdaftar yang perlu secara perubatan kepada **Orang 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**.

MANFAAT PENJAGA HARIAN BAGI KANAK-KANAK YANG DIINSURANSKAN

Pembayaran balik perbelanjaan untuk makanan dan penginapan yang ditanggung semasa menjaga Kanak-kanak Yang Diinsuranskan (berumur dibawah lima belas (15) tahun) di **Hospital** namun tidak melebihi had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

YURAN LAPORAN PERUBATAN

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.

CUKAI KE ATAS PERBELANJAAN YANG LAYAK

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

PERUNTUKAN KHAS

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 GEOGRAFI

Semua manfaat yang disediakan dalam polisi ini berkuatkuasa 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.

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.

PENGECUALIAN KEPADA SEKSYEN A

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

1. **Penyakit Sedia Ada.**
2. **Penyakit** terkhusus yang berlaku dalam tempoh satu ratus 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, berkhatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasan atau **Pembedahan** (Keratotomy radial) dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik luaran 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, mengukur 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 sterilisasi.
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 penganas, 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 radioaktif daripada mana-mana bahan api nuklear atau sisa nuklear daripada proses pembelahan nuklear atau daripada apa-apa bahan senjata nuklear.
13. Belanja yang ditanggung untuk menderma mana-mana organ tubuh oleh **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 alternatif seperti rawatan, khidmat atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada khidmat kiropraktik, akupunktur, tekanan akot, refleksologi, pengikatan tulang, rawatan **Pakar** herba, urut atau terapi aroma atau rawatan alternatif 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 **Orang 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 yang berlesen untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.
20. Belanja yang ditanggung untuk menukar jantina.

SEKSYEN B (INSURANS KEMALANGAN DIRI)

KETERANGAN MANFAAT

JIKA, SEMASA KONTRAK POLISI INI BERKUATKUASA, Orang yang Diinsuranskan mengalami **Kecederaan** badan yang mengakibatkan kehilangan nyawa **Orang yang Diinsuranskan** atau sebarang kehilangan sepertimana yang diterangkan berikut, dalam masa tiga ratus enam puluh lima (365) **Hari** selepas tarikh **Kemalangan, Kami** akan, selepas menerima dan meluluskan bukti, membayar manfaat mengikut Jadual Manfaat seperti yang dinyatakan di Kontrak Polisi ini.

PENDEDAHAN

Jika berikutan sesuatu **Kemalangan Orang Yang Diinsuranskan** dengan secara tidak dapat dielakkan terdedah kepada elemen semulajadi dan akibat dari pendedahan itu mengalami **Kecederaan** seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, **Kecederaan** berkenaan akan dianggap sebagai membentuk suatu tuntutan tetapi hanya untuk kematian atau **Hilang Upaya** kekal.

KEMATIAN DAN HILANG ANGGOTA KEKAL AKIBAT KEMALANGAN

Pembayaran pampasan seperti yang tercatat dalam Jadual Manfaat adalah dinyatakan di sini sebagai peratus daripada Jumlah Utama Kontrak Polisi ini seperti yang tertera di Jadual Manfaat.

PENGECUALIAN KEPADA SEKSYEN B

Polisi ini tidak akan melindungi kematian dan/atau **Kecederaan** akibat **Kemalangan**, yang secara langsung atau tidak langsung, sebahagian atau keseluruhan, oleh mana-mana satu kejadian berikut:

- (a) mencederakan diri sendiri atau sebarang percubaan ancaman atau **Kecederaan** diri sendiri yang disengajakan akan sewaktu siuman atau tidak siuman, intoksikan alkohol atau sebarang jenis dadah/narkotik (selain daripada yang diambil mengikut rawatan yang ditentukan dan diarahkan oleh Pengamal Perubatan Berdaftar, tetapi bukan untuk rawatan ketagihan dadah atau alcohol).
- (b) peperangan, diisytihar atau tidak, revolusi atau sebarang operasi berupa peperangan dan sebarang tindakan pengganas. Bagi tujuan Kontrak Polisi ini, tindakan pengganas bermaksud sebarang tindakan, merangkumi tetapi tidak terhad kepada penggunaan paksaan atau keganasan dan/atau ancaman, oleh mana-mana orang atau kumpulan orang, sama ada yang bertindak secara sendiri atau mewakili atau berkaitan dengan mana-mana pertubuhan atau kerajaan, yang dilakukan untuk tujuan atau sebab politik, agama, ideologi atau etnik termasuk niat untuk mempengaruhi mana-mana kerajaan dan/atau untuk membuat orang awam atau mana-mana bahagian orang awam berada dalam ketakutan.
- (c) khidmat tentera atau polis pada masa peperangan yang diisytihar atau tidak atau semasa di bawah arahan untuk operasi berupa peperangan atau pemulihan pemerintahan awam (kecuali anggota pentadbiran);
- (d) membuat penangkapan sebagai pegawai undang-undang;
- (e) melanggar atau cubaan melanggar undang-undang atau menentang penangkapan;
- (f) perlumbaan berkuda atau roda;
- (g) hernia, ptomaina atau jangkitan bakteria (kecuali jangkitan piogen yang berlaku dengan atau melalui luka **Kemalangan**);
- (h) memasuki, mengendali atau berkhidmat, naik atau turun, dari atau dengan mana-mana pesawat udara atau kenderaan kecuali semasa **Orang Yang Diinsuranskan** berada di dalam penerbangan awam komersial yang mengikut jadual perjalanan biasa di laluan penumpang tetap atau dalam penerbangan komersial tidak berjadual atau kenderaan udara tentera;
- (i) menyertai sukan profesional (termasuk penerokaan gua dan lubang bawah tanah serta lompatan bungee);
- (j) penggunaan enjin prototaip;
- (k) semua jenis **Penyakit** termasuk demam denggi dan Japanese Encephalitis, kehamilan, kelahiran atau sebarang bentuk keguguran;
- (l) **Penyakit, Kecederaan** atau kerugian lain yang berlaku sebelum pembayaran premium permulaan, atau semasa polisi di dalam keadaan luput.

JADUAL MANFAAT

		Jumlah Diinsuranskan % Kematian dan Hilang Anggota Kekal Akibat Kemalangan
Kehilangan nyawa		100%
Kehilangan dua (2) anggota		100%
Kehilangan kedua-dua tangan, atau kesemua jari dan kedua-dua ibu jari		
Lumpuh Sepenuhnya		
Kehilangan akal sepenuhnya		
Kecederaan yang mengakibatkan kekal terlantar di katil		
Sebarang kecederaan lain yang menyebabkan kehilangan upaya penuh dan kekal		
Kehilangan lengan dari paras bahu		
Kehilangan lengan dari paras antara bahu dan siku		
Kehilangan lengan dari paras siku		
Kehilangan lengan dari paras antara siku dan pergelangan tangan		
Kehilangan tangan dari paras pergelangan tangan		
Kehilangan kaki:	- dari paras pinggul - dari paras antara lutut dan pinggul - dari paras antara lutut dan buku lali	
Mata : Kehilangan seluruh mata	- penglihatan - penglihatan kecuali pengesanan cahaya - lensa mata	100% 50% 50%
Kehilangan empat (4) jari dan ibu jari sebelah tangan		50%
Kehilangan empat (4) jari		40%
Kehilangan ibu jari:	- kedua-dua ruas - satu (1) ruas	25% 10%
Kehilangan jari telunjuk	- tiga (3) ruas - dua (2) ruas - satu (1) ruas	10% 8% 4%
Kehilangan jari hantu	- tiga (3) ruas - dua (2) ruas - satu (1) ruas	6% 4% 2%
Kehilangan jari manis	- tiga (3) ruas - dua (2) ruas - satu (1) ruas	5% 4% 2%
Kehilangan jari kelingking	- tiga (3) ruas - dua (2) ruas - satu (1) ruas	4% 3% 2%
Kehilangan metakarpus	- pertama atau kedua (tambahan) - ketiga, keempat atau kelima (tambahan)	3% 2%
Kehilangan jari kaki	- semua - ibu jari, kedua-dua ruas - ibu jari, satu (1) ruas - selain ibu jari, jika lebih satu (1) jari, setiap satu (1)	15% 5% 2% 1%
Kehilangan daya pendengaran	- kedua-dua belah telinga - satu (1) telinga	75% 15%
Kehilangan daya bertutur		50%

Peratusan Jumlah Utama yang berbayar untuk **Hilang Upaya** Kekal yang tidak dinyatakan dalam jadual di atas akan ditentukan mengikut pertimbangan mutlak **Kami**.

Hilang Daya Guna bermaksud **Hilang Upaya** fungsi keseluruhan dan diperlakukan seperti hilang keseluruhan anggota atau organ tersebut.

Apabila lebih daripada satu (1) kehilangan timbul daripada mana-mana satu (1) **Kemalangan**, peratusannya akan dicampurkan tetapi tidak boleh melebihi seratus peratus (100%) daripada Jumlah Utama untuk setiap **Orang Yang Diinsuranskan**.

Dalam sebarang kes, pembayaran pampasan di bawah bahagian ini tidak boleh melebihi seratus peratus (100%) daripada Jumlah Diinsuranskan yang dinyatakan di Jadual Manfaat Seksyen ini untuk mana-mana satu (1) **Kemalangan**.

Bilamana **Kecederaan** tidak dikhususkan, **Kami** berhak untuk menentukan peratusan **Hilang Upaya** yang mana dalam pertimbangannya, tidak selaras dengan peruntukan Jadual Manfaat.

Kejadian sebarang **Hilang Upaya** khusus kepada **Orang Yang Diinsuranskan** untuk mana pampasannya berjumlah seratus peratus (100%) dari Jumlah Diinsuranskan bagi Seksyen Polisi ini, akan menamatkan semua perlindungan di bawah Seksyen ini yang berkuatkuasa bagi **Orang Yang Diinsuranskan**. Jika kehilangan khusus yang berbayar adalah kurang dari seratus peratus (100%), perlindungan akan diteruskan sebanyak peratusan baki Jumlah Diinsuranskan bagi Seksyen ini tetapi hanya untuk tempoh belum tamat bagi premium yang telah dibayar. Selepasnya, Jumlah Diinsuranskan bagi Seksyen ini akan dipulih semula secara automatik kepada jumlah penuh seratus peratus (100%) Jumlah Diinsuranskan asal yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat di Polisi pada tarikh pembaharuan ulang **Tahun Polisi** berikutnya dengan syarat premium pembaharuan yang ditetapkan telah dibayar dalam Tempoh Ihsan.

SYARAT-SYARAT AM

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

ORANG-ORANG YANG LAYAK

Orang-orang yang layak dilindungi di bawah Kontrak Tambahan ini adalah:

- (a) sesiapa yang berusia di antara tiga puluh (30) **Hari** dan enam puluh (60) tahun dan polisi boleh dibaharui sehingga usia tujuh puluh lima (75) tahun, dan
- (b) orang-orang yang bermastautin di Malaysia sahaja

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 kepada 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 ganti rugi, perubahan kepada terma atau penamatan kontrak Insurans **Anda** selaras dengan remedi di Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013. **Anda** juga dikehendaki mendedahkan perkara-perkara lain yang **Anda** tahu akan mempengaruhi keputusan **Kami** dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang akan dikenakan. **Anda** juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu **Kami** dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak Insurans **Anda** ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan **Kami**, apa-apa maklumat yang diberikan di dalam Borang Cadangan (atau semasa cadangan Insurans ini) tidak tepat atau telah berubah.

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

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 kepada premium yang betul yang sepatutnya dikenakan selama setahun. Apa-apa premium yang berlebihan, yang mungkin telah dibayar akibat silap nyata umur, akan 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.

TEMPOH PERLINDUNGAN DAN PEMBAHARUAN

Polisi ini hendaklah berkuatkuasa mengikut tarikh yang dinyatakan pada Lembaran Maklumat Polisi. Ulang **Tahun Polisi** adalah satu (1) tahun selepas tarikh kuatkuasa dan setiap tahun berikutnya. Pada setiap ulangtahun itu, Polisi ini boleh dibaharui pada kadar premium yang berkuatkuasa pada masa itu seperti yang diberitahu oleh **Kami**.

Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan **Pemegang Polisi** tertakluk kepada terma, syarat dan penamatan pada setiap tarikh ulang **Tahun Polisi**. Premium pembaharuan yang dibayar tidak dijamin dan **Kami** berhak menentukan premium yang berkuatkuasa pada masa pembaharuan. Perubahan berkenaan jika ada, adalah terpakai untuk semua **Pemegang Polisi** walau apa pun rekod tuntutan mereka mengikut penilaian risiko **Kami**.

Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan **Pemegang Polisi** sehingga berlaku mana-mana berikut:

- (a) premium tidak dibayar atau premium tidak dibayar mengikut masa
- (b) penipuan atau salah nyataan fakta penting semasa membuat permohonan
- (c) polisi dibatalkan atas permintaan **Pemegang Polisi**
- (d) jumlah tuntutan polisi mencapai **Had Seumur Hidup** yang ditetapkan dan/atau berlaku kematian **Orang Yang Diinsuranskan**
- (e) **Orang Yang Diinsuranskan** mencapai had umur perlindungan yang ditetapkan
- (f) Penamatan perlindungan semua polisi dalam pasaran tertentu dan **Kami** menarik balik Polisi ini sepenuhnya dari pasaran menurut Syarat Penarikan Balik Portfolio.

PREMIUM

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

Kami berhak untuk mengubah kadar pada mana premium dikira, pada permulaan mana-mana **Tahun Polisi**, dengan syarat pihak **Kami** memaklumkan **Pemegang Polisi** dalam masa sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) **Hari** sebelum tarikh premium berkenaan perlu dibayar.

PEKERJAAN

Polisi ini diperbaharui dengan syarat **Orang Yang Diinsuranskan** tidak tergolong dalam kelas pekerjaan yang tidak boleh diinsuranskan di bawah pelan ini.

PEMBAYARAN BALIK PENUH BAGI HOSPITAL KERAJAAN

Bayaran untuk biaya perubatan yang layak 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 **Orang Yang Diinsuranskan** dimasukkan ke dalam Polisi, kecuali untuk **Kemalangan** yang dilindungi yang berlaku selepas tarikh kuatkuasa perlindungan.

PENGAMBILAN 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 berkuatkuasa 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 Dikenakan** / Pembayaran Balik Penuh', dan jika **Orang Yang Diinsuranskan** itu mengalami **Hilang Upaya** sebelum atau pada masa Manfaat diubah, manfaat yang dibayar bagi **Hilang Upaya** itu hendaklah diselaraskan 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.

SUMBANGAN

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 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** mengemukakan diagnosis tentang keadaan yang dirawat dan tarikh **Hilang Upaya** berlaku dalam 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 mana-mana kerugian lain, dalam masa sembilan puluh (90) **Hari** selepas tarikh kerugian tersebut.

PEMERIKSAAN PERUBATAN

Kami berhak 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 berbezaan atau penepian bagi perkara di atas adalah mengikut budi bicara **Kami** semata-mata.

TIMBANG TARA

Semua perbezaan yang wujud dalam Polisi ini haruslah 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 boleh melebihi	Bayaran balik premium tahunan
15 hari	90% (bagi pembaharuan sahaja)
1 bulan	80%
2 bulan	70%
3 bulan	60%
4 bulan	50%
5 bulan	40%
6 bulan	30%
7 bulan	25%
8 bulan	20%
9 bulan	15%
10 bulan	10%
11 bulan	5%
Tempoh melebihi 11 bulan	Tiada bayaran balik

PENAMATAN AUTOMATIK

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

- apabila **Orang Yang Diinsuranskan** meninggal dunia; atau
- pada ulang **Tahun Polisi** selepas **Hari** lahir ke tujuh puluh lima (75) **Orang Yang Diinsuranskan**; atau
- jika mana-mana premium di Polisi ini masih tidak dibayar atau tidak dibayar pada masanya; atau
- jika jumlah faedah terkumpul yang dibayar sejak tarikh Polisi asal melebihi **Had Seumur Hidup** yang dicatatkan di Jadual Manfaat dan dinyatakan dalam Klausula **Had Seumur Hidup**.

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

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 dikuatkuasakan dari pembaharuan berikutnya bagi Polisi ini. Pindaan kepada Polisi ini tidak sah kecuali jika diluluskan 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.

PEMBATALAN POLISI

Polisi ini akan tamat jika Cadangan dan Perakuan yang dibuat oleh **Orang Yang Diinsuranskan** atau mana-mana kenyataan bertulis yang diberikan kepada **Orang Yang Diinsuranskan** adalah tidak benar dalam apa bentuk sekalipun, atau sebarang fakta penting yang memberi kesan kepada risiko dinyatakan atau diwakili secara salah, atau diketepikan dalam dokumen ini.

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

TUNAI SEBELUM PERLINDUNGAN

Adalah menjadi syarat khas yang asas dan mutlak kontrak insurans ini bahawa premium 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 Endorsmen 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 wakilnya yang sah atau 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.

SYARAT PENARIKAN BALIK PORTFOLIO

Kami berhak membatalkan portfolio secara keseluruhan jika ia memutuskan untuk menghentikan produk insurans ini.

Pembatalan portfolio secara keseluruhan hendaklah diberitahu melalui notis bertulis kepada **Pemegang Polisi** dengan alasan yang sah dan **Kami** akan menanggung semua polisi hingga ke tarikh tamat tempoh perlindungan dalam portfolio.

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 yang dibuat di bawah Polisi ini hendaklah dibuat dalam mata wang Malaysia yang sah. Sekiranya apa-apa bayaran yang diminta oleh **Orang Yang Diinsuranskan** supaya dibayar dalam mata wang yang 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.

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.

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 polisi anda.
- (c) Pertukaran alamat **Pemegang Polisi** harus dimaklumkan kepada **Kami** supaya semua urusan surat-menyurat boleh diuruskan dengan segera.

JADUAL MANFAAT MEDICAGEN 200

Pelan MANFAAT	Pelan 1 (RM)	Pelan 2 (RM)	Pelan 3 (RM)	Pelan 4 (RM)
Had Tahunan Keseluruhan Setiap Orang Yang Diinsuranskan	35,000	50,000	70,000	120,000
Had Seumur Hidup - Dalam Dua (2) tahun pertama polisi	35,000	50,000	70,000	120,000
Had Seumur Hidup - Selepasnya, dengan syarat Orang Yang Diinsuranskan tidak membuat tuntutan dalam dua (2) tahun polisi sebelumnya	105,000	150,000	210,000	360,000
	Maksimum setiap ketidakupayaan			
Manfaat Hospital	110	160	210	360
<ul style="list-style-type: none"> • Bilik Hospital & Makan (maks. 365 hari setiap setahun) • Unit Rawatan Rapi (maks. 60 hari setiap setahun) • Bekalan Hospital & Perkhidmatan • Bayaran Pembedahan • Bayaran Pakar Bius • Bilik Bedah • Ujian Diagnostik PraHospital (dalam masa 60 hari sebelum kemasukan) • Rundingan Pakar PraHospital (dalam masa 60 hari sebelum kemasukan) • Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (maks. 365 hari setiap setahun) • Rawatan Selepas Penghospitalan (dalam masa 31 hari dari tarikh keluar 	Bayaran yang Dikenakan			
Manfaat Pesakit Luar	Bayaran yang Dikenakan			
<ul style="list-style-type: none"> • Rawatan Pesakit Luar Bagi Kemalangan dan Kecemasan (dalam masa 24 jam dan rawatan susulan sehingga maks. 31 hari) • Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar (dalam masa 90 hari dari Tarikh keluar hospital/pembedahan) 	Bayaran yang Dikenakan			
• Bayaran Ambulans	350	500	700	1,200
• Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar (setiap tahun)	11,000	16,000	21,000	36,000
• Rawatan Kanser Pesakit Luar (setiap tahun)	22,000	32,000	42,000	72,000
Manfaat-Manfaat Lain				
• Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan (maks. 365 hari setiap tahun)	100	100	100	100
• Penjagaan Kejururawatan Di Rumah (setiap tahun)	1,500	1,500	1,500	1,500
• Manfaat Penjagaan Harian Bagi Kanak-Kanak Yang Diinsuranskan (maks setiap hilang upaya)	200	250	300	400
• Yuran Laporan Perubatan	80	80	100	100
• Cukai Ke Atas Perbelanjaan Yang Layak	Bayaran yang Dikenakan			
Kemalangan Diri @ Usia 75				
• Kematian Akibat Kemalangan & Kehilangan Anggota Badan (Setiap Orang Yang Diinsuranskan)	50,000	50,000	50,000	50,000

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.

PENTING

Orang Yang Diinsuranskan perlu membaca Polisi ini dengan teliti, dan jika terdapat sebarang kesilapan atau keterangan yang salah, atau jika perlindungan adalah tidak menepati kemahuan **Orang Yang Diinsuranskan**, Penginsurans perlu dimaklumkan dengan segera dan Polisi dikembalikan untuk perhatian Penginsurans.

PROSEDUR UNTUK MEMBUAT ADUAN INSURANS

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

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

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

PROSEDUR MENGEMUKAKAN ADUAN KEPADA OFS

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

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

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

Anda boleh menghubungi **Kami** di:

Zurich General Insurance Malaysia Berhad

Aras 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar,
KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia
Tel: 03-2109 6000 Faks: 03-2109 6888
Pusat Panggilan: 1-300-888-622 Emel: callcentre@zurich.com.my

Anda boleh berhubung dengan OFS di:

Ombudsman Perkhidmatan Kewangan

(Dulu dikenali sebagai Biro Timbang Tara Kewangan)
Tingkat 14, Blok Utama, Menara Takaful Malaysia,
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman
50000 Kuala Lumpur
Tel: 603-2272 2811 Faks: 603-2272 1577
Emel: enquiry@ofs.org.my Laman web: www.ofs.org.my

Prosedur mengemukakan aduan kepada Pusat Perhubungan (BNMLINK)

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

Pusat Perhubungan (BNMLINK)

Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (LINK)
Bank Negara Malaysia,
Peti Surat 10922, 50929 Kuala Lumpur.
Tel: 1-300-88-5465 (1-300-88-LINK)
(Luar Negara: +603-21741717)
Faks: 03-2174 1515
Emel: bnmtelelink@bnm.gov.my

Zurich General Insurance Malaysia Berhad

No. Pendaftaran 201701035345 (1249516-V)
Tingkat 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia
Tel: 03-2109 6000 Faks: 03-2109 6888 Pusat Panggilan: 1-300-888-622
www.zurich.com.my



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

