

# MedicaGen 200

## PRODUCT DISCLOSURE SHEET

(Read this Product Disclosure Sheet before you decide to take out the MedicaGen 200. Be sure to also read the general terms and conditions.)

**Date:**

### 1. What is this product about?

MedicaGen 200 is a hospitalisation and surgical policy which provides coverage for hospitalisation and surgical expenses incurred due to illnesses covered under the policy. It also provides for cover in the event of injuries, disability or death caused by accident.

### 2. Who is eligible?

Policyholder: 19 years old and above.

Insured: Minimum 1 year old. Maximum 60 years old.

\* Age definition is Age Next Birthday.

### 3. What are the covers / benefits provided?

PLAN	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
<b>BENEFITS</b>	<b>RM</b>			
Overall Annual Limit	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 claims free for the preceding two (2) policy years	105,000	150,000	210,000	360,000
<b>HOSPITAL BENEFITS LIMIT PER DISABILITY</b>	<b>LIMIT PER DISABILITY</b>			
Hospital Room & Board (max. 365 days per annum)	110	160	210	360
Intensive Care Unit (max. 60 days per annum)	As Charged			
Hospital Supplies & Services				
Surgical Fees				
Anaesthetist Fees				
Operating Theatre				
Pre-Hospital Diagnostic Tests (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)				
Post-Hospitalisation Treatment (within 31 days from discharge)				
<b>OUT-PATIENT BENEFITS</b>				
Emergency Accidental Outpatient Treatment (within 24 hours and follow-up treatment to a max. of 31 days)				
Out-Patient Physiotherapy Treatment (within 90 days from discharge / surgery)				

Ambulance Fees	350	500	700	1,200
Out-Patient Kidney Dialysis Treatment (per annum)	11,000	16,000	21,000	36,000
Out-Patient Cancer Treatment (per annum)	22,000	32,000	42,000	72,000
<b>OTHER BENEFITS</b>				
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 Accidental Death & Dismemberment	50,000	50,000	50,000	50,000

Duration of cover is up to age 75. You need to renew your cover annually.

Note: The description on the available cover is only a brief summary for quick and easy reference. The precise terms and conditions that apply are stated in the policy contract. Please also refer to the policy contract for the scale of benefits for Accidental Death & Permanent Dismemberment.

#### 4. MedicaGen 200 Medical Card

All policyholders of MedicaGen 200 will be enrolled as members of an Managed Care Organization (MCO).

One of the MCO's roles is to facilitate your convenient admission to and discharge from participating hospitals. MedicaGen 200 offers you a way to be free of the usual hassle in claims procedures through the issuance of a Medical Card. Use this Medical Card for immediate hospital admission and on discharge, you need to only settle the excess charges, if any.

In addition, the Medical Card entitles you to a 24-hour assistance on medical referrals, monitoring and other travel information both locally and overseas. It's just a phone call away. Toll Free: 1-800-88-2318 (MiCare).

#### 5. Period of Cover and Renewal

You need to renew your insurance cover by paying the premium due. Your MedicaGen 200 will end as soon as one of the following happens:

- Death of the Insured Person.
- Your premium is more than 14 days late.
- When you are 75 years old at policy anniversary.
- If the total benefits paid to the Insured exceeds the Lifetime Limit.

#### 6. Premium Table

Age Band (Age Next Birthday)	Annual Premium With Tax (RM)*							
	Premium by individual				Premium by non-individual			
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
1-18 years	415.02	458.02	496.02	731.02	438.84	484.42	524.70	773.80
19-35 years	429.02	506.02	568.02	816.02	453.68	535.30	601.02	863.90
36-45 years	594.02	686.02	776.02	1,092.02	628.58	726.10	821.50	1,156.46
46-50 years	866.02	1,016.02	1,248.02	1,809.02	916.90	1,075.90	1,321.82	1,916.48
51-55 years	1,071.02	1,351.02	1,672.02	2,646.02	1,134.20	1,431.00	1,771.26	2,803.70
56-60 years	1,418.02	1,805.02	2,243.02	3,244.02	1,502.02	1,912.24	2,376.52	3,437.58
61-65 years (Renewal Only)	1,773.02	2,267.02	2,823.02	4,206.02	1,878.32	2,401.96	2,991.32	4,457.30
66-70 years (Renewal Only)	2,320.02	2,961.02	3,681.02	5,080.02	2,458.14	3,137.60	3,900.80	5,383.74
71-75 years (Renewal Only)	2,669.02	3,406.02	4,233.02	5,843.02	2,828.08	3,609.30	4,485.92	6,192.52

\* Premium inclusive of Tax on MCO fee for individuals. Premium inclusive of Tax on Premium & MCO fee for non-individuals.

- The premiums above are inclusive of RM50 for personal accident which is level throughout the Insured Person's age.
- The premium shown in the table above are applicable to standard risk and occupational class 1 and 2 only.
- The total premium that you have to pay may vary depending on the underwriting requirements of the insurance company.
- The premium for this plan is 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 the Insured Person's attained age on each policy year anniversary. The company shall have the right to change the rate at which premiums shall be calculated, at the start of any Policy Year, provided that the Company notifies the policy owner at least 90 days in advance of the date such premium is due.

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

- Stamp Duty - You have to pay extra charges of RM10.00 for stamp duty.
- Tax (premium to be paid by individual or non-individual): 0% or 6%
- Tax on MCO fee: 6%
- MCO Fee & Tax on MCO fee - An annual fee of RM18.02 has been included in the premium table above.
- Commission -A commission of 15% of annual premium (RM) has been included in the premium.

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

- Importance of disclosure - You must disclose all material facts such as your medical condition, occupation, and state your age correctly.
- You are to disclose in the proposal form, fully and faithfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued may be invalidated.
- Cooling-off period - You may cancel your policy by returning the policy to us within 15 days after the policy has been delivered to you. The premiums that you have paid (less any medical fee incurred) will be refunded to you.
- Waiting period - The eligibility for benefits under the policy will only start 30 days after the effective date of the policy, except for accidental injuries.
- Switching of Policy - Please contact us or refer to our agents for the likely implications of switching policy from one insurer to another or transferring from one type of insurance plan to another. For example, you may be subject to new terms and conditions of the new policy or of the new insurer.
- Grace Period - A grace period of 14 days from its due date will be allowed for payment of each premium after the first policy year during which period this Policy will remain in-force. During such 14 days, the insurance company shall remain liable if by the last of such days, the premium is actually paid. If any premium is not paid in respect of this Policy before the end of the Grace Period, the coverage will cease and the insurance company shall not be liable for any expenses that take place after the expiry of Grace Period.
- Lifetime Limit - You will qualify the lifetime limit in the event that no claim lodged with the Company under this Policy (nor any other Hospitalisation and Surgical or Critical Illness policies / Supplementary Contract insured by this Company or any other Company) for two (2) consecutive years.
- Upgraded Room and Board Co-Payment - you will have to pay 20% of the other eligible expenses if you are hospitalised at Room & Board rate which is higher than the Hospital Room & Board Benefit limit of your chosen plan.
- Residence Overseas clause - No benefit 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.
- Consumer Insurance Contract – Pursuant to Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this Insurance wholly for yourself / family / dependants, you have a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in the Proposal Form (or when you apply for this insurance). You must answer the questions fully and accurately. Failure to take reasonable care in answering the questions may result in avoidance of your contract of insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your contract of insurance. The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us. In addition to answering the questions in the Proposal Form (or when you apply for this insurance), you are required to disclose any other matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied. You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in the Proposal Form (or when you applied for this insurance) is inaccurate or has changed.
- Non-Consumer Insurance Contract – Pursuant to Paragraph 4(1) of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this Insurance for the purpose of providing medical insurance benefits to your employees and their dependants, you have a duty to disclose any matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied and any matter a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant, otherwise it may result in avoidance of your contract of insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your contract of insurance. The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us. You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in the Proposal Form (or when you applied for this insurance) is inaccurate or has changed.

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

## 9. What are the major exclusions under this policy?

This policy does not cover any hospitalisation, surgery or charges caused directly or indirectly, wholly or partly, by any one of the following occurrences:

1. Pre-existing illness.
2. Specified illnesses occurring during the first 120 days of continuous cover.
3. Any medical or physical conditions arising within the first thirty (30) days of the Insured Person's 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 near-sightedness (Radial Keratotomy and lasik) and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof.
5. Dental conditions including dental treatment or oral surgery except as necessitated by Accidental Injuries to sound natural teeth occurring wholly during the Period of Insurance.
6. Private nursing, rest cures or sanatoria care, illegal drugs, intoxication, sterilization, venereal disease and its sequelae, AIDS or ARC and HIV related diseases, and any communicable diseases requiring quarantined by law.

7. Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions.
8. Pregnancy, child birth (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 an Insured Person 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 the Insured and Disabilities arising out of duties of employment or profession that is covered under a Workman's Compensation Insurance Contract.
16. Psychotic, mental or nervous disorders (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
17. Costs/expenses of services of a non-medical nature, such as television, telephones, telex services, radios or similar facilities, admission kit/pack and other ineligible non-medical items.
18. Sickness or Injury arising from racing of any kind (except foot racing), hazardous sports such as but not limited to skydiving, water skiing, underwater activities requiring breathing apparatus, winter sports, professional sports and illegal activities.
19. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.
20. Expenses incurred for sex changes.

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

## 10. Definitions

- A) Pre-Existing Illness shall mean disabilities that the Insured Person has reasonable knowledge of. An Insured Person may be considered to have reasonable knowledge of a pre-existing condition where the condition is one for which:-
  - (a) the Insured Person had received or is receiving treatment;
  - (b) medical advice, diagnosis, care or treatment has been recommended; (c) clear and distinct symptoms are or were evident; or
  - (d) its existence would have been apparent to a reasonable person in the circumstances.
- B) Specified Illnesses shall mean the following disabilities and its related complications, occurring within the first 120 days of insurance of the Insured Person:-
  - (a) Hypertension, diabetes mellitus and cardiovascular disease
  - (b) All 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

## 11. Can I cancel my policy?

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

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

**12. What I need to do if there are changes to my contact details?**

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

**13. Where can I get further information?**

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

If you have any enquiries, please contact us at:

**Zurich General Insurance Malaysia Berhad**

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

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

**14. Other types of Medical & Health Insurance cover available**

If you are interested to find out whether there is any similar types of insurance cover, you may contact us or refer to our insurance agents.

**IMPORTANT NOTE:**

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

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

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

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



# MedicaGen 200

## LEMBARAN PENDEDAHAN PRODUK

(Baca Lembaran Pendedahan Produk ini sebelum anda membuat keputusan untuk membeli MedicaGen 200. Pastikan anda juga membaca syarat-syarat dan peraturan am.)

### Tarikh:

#### 1. Apakah yang ditawarkan oleh produk ini?

MedicaGen 200 merupakan polisi kemasukan hospital dan pembedahan yang menyediakan perlindungan bagi perbelanjaan kemasukan hospital dan pembedahan yang ditanggung akibat daripada penyakit yang dilindungi di bawah polisi. Ia juga menyediakan perlindungan apabila berlaku kecederaan, hilang upaya atau kematian yang disebabkan oleh kemalangan.

#### 2. Siapakah yang layak?

Pemegang polisi : 19 tahun dan ke atas

Yang Diinsuranskan : Minimum 1 tahun. Maksimum 60 tahun.

\* Definisi Usia adalah Usia Hari Lahir Berikutnya

#### 3. Apakah perlindungan/manfaat yang diberikan?

PELAN	Pelan 1	Pelan 2	Pelan 3	Pelan 4
<b>FAEDAH</b>	<b>RM</b>			
Had Tahunan Keseluruhan	35,000	50,000	70,000	120,000
Had Seumur Hidup - Dalam dua (2) tahun polisi pertama	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
<b>MANFAAT HOSPITAL</b>	<b>HAD SETIAP HILANG UPAYA</b>			
Bilik Hospital & Makan ( Maks. 365 hari setahun )	110	160	210	360
Unit Rawatan Rapi ( Maks. 60 hari setahun )	Seperti Dicaj			
Bekalan dan Perkhidmatan Hospital				
Bayaran Pembedahan				
Bayaran Pakar Bius				
Bilik Bedah				
Ujian Diagnostik Pra-Hospital (dalam masa 60 hari sebelum kemasukan)				
Rundingan Pakar Pra-Hospital (dalam masa 60 hari sebelum kemasukan)				
Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (maks. 365 hari setahun )				
Rawatan Selepas Penghospitalan (dalam masa 31 hari dari tarikh keluar)				

<b>MANFAAT PESAKIT LUAR</b>				
Rawatan Pesakit Luar Bagi Kemalangan dan Kecemasan (dalam masa 24 jam dan rawatan susulan sehingga maks. 31 hari)	Seperti Dicaj			
Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar (dalam masa 90 hari dari tarikh keluar hospital / pembedahan)	Seperti Dicaj			
Bayaran Ambulans	350	500	700	1,200
Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar ( setahun )	11,000	16,000	21,000	36,000
Rawatan Kanser Pesakit Luar ( setahun )	22,000	32,000	42,000	72,000
<b>MANFAAT LAIN</b>				
Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan (maks 365 hari setahun)	100	100	100	100
Penjagaan Kejururawatan Di Rumah ( setahun )	1,500	1,500	1,500	1,500
Faedah Penjaga 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	Seperti Dicaj			
Kemalangan Diri @ Usia 75 Kematian & Hilang Anggota Kekal akibat Kemalangan	50,000	50,000	50,000	50,000

Tempoh perlindungan adalah sehingga usia 75. Anda perlu memperbaharui perlindungan anda secara tahunan.

Nota :

Keterangan tentang perlindungan yang disediakan hanya merupakan ringkasan pendek bagi rujukan pantas dan mudah.

Syarat-syarat dan peraturan terperinci yang terpakai dinyatakan di kontrak polisi. Sila juga merujuk kepada kontrak polisi untuk Kematian & Hilang Anggota Kekal akibat Kemalangan.

#### 4. Kad Perubatan MedicaGen 200

Semua pemegang polisi MedicaGen 200 akan didaftarkan sebagai ahli Organisasi Penjagaan Terurus ( MCO ).

Salah satu peranan MCO adalah untuk memudahkan urusan masuk dan keluar dari hospital yang turut serta. MedicaGen 200 menawarkan kepada anda cara untuk bebas dari kerumitan prosedur tuntutan dengan menggunakan Kad Perubatan. Gunakan Kad Perubatan ini untuk urusan kemasukan Hospital dengan segera dan apabila keluar hospital, anda hanya perlu menjelaskan biaya lebihan, jika ada.

Sebagai tambahan, Kad Perubatan ini juga melayakkan anda mendapatkan bantuan 24 jam untuk rujukan perubatan, pemantuan dan lain-lain maklumat perjalanan dalam dan luar negara. Anda hanya perlu membuat panggilan. Bebas Tol : 1-800-88-2318 (MiCare).

#### 5. Tempoh Perlindungan dan Pembaharuan

Anda perlu memperbaharui perlindungan insurans anda dengan premium yang perlu dibayar. MedicaGen 200 akan tamat sebaik sahaja berlaku yang berikut :

- Kematian Orang Yang Diinsuranskan
- Premium anda lewat dibayar selama lebih dari 14 hari.
- Apabila anda berusia 75 tahun pada ulangtahun polisi.
- Jika jumlah manfaat yang dibayar kepada Yang Diinsuranskan melebihi Had Seumur Hidup.

#### 6. Jadual Premium

Lingkungan Usia  
(Usia Hari Lahir Berikut)

1-18 tahun

19-35 tahun

36-45 tahun

46-50 tahun

51-55 tahun

56-60 tahun

61-65 tahun (Pembaharuan Sahaja)

66-70 tahun (Pembaharuan Sahaja)

71-75 tahun (Pembaharuan Sahaja)

<b>Premium Tahunan Termasuk Cukai (RM)*</b>							
<b>Premium oleh individu</b>				<b>Premium oleh bukan individu</b>			
<b>Pelan 1</b>	<b>Pelan 2</b>	<b>Pelan 3</b>	<b>Pelan 4</b>	<b>Pelan 1</b>	<b>Pelan 2</b>	<b>Pelan 3</b>	<b>Pelan 4</b>
415.02	458.02	496.02	731.02	438.84	484.42	524.70	773.80
429.02	506.02	568.02	816.02	453.68	535.30	601.02	863.90
594.02	686.02	776.02	1,092.02	628.58	726.10	821.50	1,156.46
866.02	1,016.02	1,248.02	1,809.02	916.90	1,075.90	1,321.82	1,916.48
1,071.02	1,351.02	1,672.02	2,646.02	1,134.20	1,431.00	1,771.26	2,803.70
1,418.02	1,805.02	2,243.02	3,244.02	1,502.02	1,912.24	2,376.52	3,437.58
1,773.02	2,267.02	2,823.02	4,206.02	1,878.32	2,401.96	2,991.32	4,457.30
2,320.02	2,961.02	3,681.02	5,080.02	2,458.14	3,137.60	3,900.80	5,383.74
2,669.02	3,406.02	4,233.02	5,843.02	2,828.08	3,609.30	4,485.92	6,192.52

\* Premium merangkumi Cukai ke atas Yuran MCO untuk individu. Premium merangkumi Cukai ke atas Premium dan Yuran MCO untuk bukan individu.



- Premium di atas adalah merangkumi RM50 bagi kemalangan diri yang jumlahnya tidak berubah sepanjang usia Orang Yang Diinsuranskan.
- Premium yang dipaparkan di jadual di atas adalah terpakai untuk risiko standard dan kelas pekerjaan 1 dan 2 sahaja
- Jumlah premium yang perlu anda bayar mungkin berbeza tertakluk kepada keperluan taja jamin syarikat insurans
- Premium bagi pelan ini adalah TIDAK DIJAMIN dan adalah berasaskan kadar premium yang berkuatkuasa ketika pembaharuan. Premium perlu dibayar pada kadar premium mengikut usia yang dicapai oleh Orang Yang Diinsuranskan pada ulangtahun setiap tahun polisi. Syarikat berhak untuk mengubah kadar pada mana premium dikira, pada permulaan mana-mana Tahun Polisi, dengan syarat Syarikat memaklumkan pemilih polisi sekurang-kurangnya 90 hari sebelum tarikh premium tersebut perlu dibayar.

#### **7. Apakah yuran dan caj yang perlu saya bayar?**

- Duti Setem - Anda perlu membayar caj tambahan RM10.00 untuk duti setem
- Yuran MCO - Yuran sebanyak RM17 setahun telah dirangkumkan dalam jadual di atas
- Cukai ke atas Yuran MCO: 6%
- Yuran MCO dan Cukai ke atas Yuran MCO - Yuran tahunan sebanyak RM18.02 telah dimasukkan ke dalam jadual premium di atas.
- Komisen - Komisen 15% dari premium tahunan (RM) telah dirangkumkan dalam premium.

#### **8. Apakah antara syarat-syarat dan peraturan penting yang saya patut ketahui ?**

- Pentingnya pendedahan - Anda mesti memberi semua fakta penting seperti keadaan kesihatan, pekerjaan, dan nyatakan usia anda dengan betul.
- Anda perlu menyatakan dengan sepenuhnya dan sebenarnya dalam borang cadangan, kesemua fakta yang anda tahu atau sepatutnya tahu, jika tidak polisi yang dikeluarkan mungkin akan dibatalkan.
- Tempoh Bertenang - Anda boleh membatalkan polisi dengan memulangkan polisi dalam masa 15 hari setelah polisi diserahkan kepada anda. Premium yang telah anda bayar ( ditolak sebarang yuran perubatan yang ditanggung ) akan dikembalikan kepada anda.
- Tempoh Menunggu - Kelayakan bagi manfaat di bawah polisi ini hanya akan bermula 30 hari selepas tarikh kuatkuasa polisi, kecuali bagi kecederaan akibat kemalangan.
- Penukaran Polisi - Sila hubungi kami atau merujuk kepada ejen mengenai kesan menukar polisi dari satu penginsurans kepada penginsurans yang lain atau mengubah jenis pelan insurans kepada yang lain. Sebagai contoh, anda mungkin akan dikenakan syarat-syarat dan peraturan polisi baru atau penginsurans baru.
- Tempoh Ihsan - Tempoh Ihsan selama 14 hari dari tarikh perlu dibayar akan dibenarkan bagi pembayaran setiap premium setelah tahun polisi pertama ketika mana dalam tempoh ini, Polisi akan kekal berkuatkuasa. Dalam tempoh 14 hari tersebut, syarikat insurans akan tetap bertanggung sekiranya pada hari-hari akhir tempoh tersebut, premium dibayar. Jika sebarang premium tidak dibayar bagi Polisi ini sebelum akhir Tempoh Ihsan, perlindungan akan tamat dan syarikat insurans tidak akan bertanggung terhadap sebarang biaya yang ditanggung selepas Tempoh Ihsan.
- Had Seumur Hidup - Anda layak untuk had seumur hidup sekiranya tiada tuntutan dikemukakan kepada Syarikat di bawah Polisi ini ( atau polisi / kontrak tambahan Kemasukan Hospital dan Pembedahan atau Penyakit Kritikal lain yang dikeluarkan oleh Syarikat ini atau mana-mana Syarikat lain ) selama dua (2) tahun berturut-turut.
- Bayaran Bersama Bilik dan Makan Hospital Dinaik-Taraf - Anda perlu membayar 20% daripada yuran layak yang lain jika anda dimasukkan ke hospital pada kadar Bilik & Makan yang lebih tinggi dari had Manfaat Bilik & Makan Hospital yang layak bagi pelan pilihan anda.
- Menetap Di Luar Negara - Tiada manfaat akan dibayar bagi rawatan perubatan yang anda terima di luar Malaysia jika anda menetap atau mengembara di luar Malaysia selama lebih dari sembilan puluh (90) hari berturut-turut.
- Kontrak Insurans Pengguna - Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggung, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan (atau semasa memohon insurans ini). Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan tersebut dengan lengkap dan tepat. Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans anda, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda. Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami. Sebagai tambahan kepada soalan-soalan di dalam Borang Cadangan (atau semasa memohon insurans ini), anda dikehendaki untuk mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan. Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami (atau semasa permohonan insurans ini), apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan tidak tepat atau sudah berubah.
- Kontrak Insurans Komersial - Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini untuk memberi manfaat insurans perubatan kepada pekerja dan tanggungan mereka, anda berkewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan, dan apa-apa perkara yang munasabah yang boleh dijangka, jika tidak ia boleh menyebabkan pembatalan kontrak insurans, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda. Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami. Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami (atau semasa permohonan insurans ini), apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan tidak tepat atau sudah berubah.

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

## 9. Apakah pengecualian penting di bawah polisi ini ?

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

1. Penyakit sedia ada.
2. Penyakit Tertentu yang berlaku dalam masa 120 hari pertama bagi perlindungan berterusan.
3. Apa-apa keadaan perubatan atau fizikal yang berlaku dalam masa 30 hari pertama perlindungan atau tarikh pengembalian semula bagi Orang Yang Diinsuranskan, mengikut mana-mana yang terakhir kecuali untuk kecederaan akibat kemalangan.
4. Pembedahan plastic/kosmetik, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembedahan penglihatan dekat melalui pembiasan atau pembedahan (Keratotomi radial atau Lastik) dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik seperti anggota tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.
5. Penyakit Pergigian termasuk rawatan pergigian atau pembedahan oral kecuali apabila diperlukan kerana Kecederaan Akibat Kemalangan pada gigi asli yang sihat yang berlaku sepenuhnya dalam Tempoh Insurans.
6. Penjagaan peribadi, rehat pulih atau jagaan kebersihan, dadah yang tidak dibenarkan, intoksikasi, pensterilan, penyakit venereal dan sekuelanya, AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit) atau ARC (Kompleks Berkaitan AIDS) dan penyakit berkaitan HIV dan apa-apa penyakit berjangkit yang memerlukan kuarantin oleh undang-undang.
7. Apa-apa rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.
8. Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, menggugurkan kandungan dan jagaan serta pembedahan prenatal atau postnatum, kaedah kawalan kelahiran kontraseptik mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pensterilan.
9. Penghospotalan terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis, pemeriksaan sinar-X, pemeriksaan fizikal atau perubatan am, tidak berkaitan dengan rawatan atau diagnosis Hilang Upaya yang dilindungi yang tidak Perlu Dari Segi Perubatan dan apa-apa rawatan pencegahan, ubat atau pemeriksaan pencegahan yang dijalankan oleh Pakar Perubatan, dan rawatan khusus untuk mengurangkan atau menaikkan berat badan.
10. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.
11. Perang atau apa-apa tindakan perang, diisytiharkan atau tidak diisytiharkan, aktiviti jenayah atau pengganas, bergiat cergas dalam mana-mana angkatan bersenjata, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan dan kekecohan awam atau penderhakaan tentera.
12. Radiasi pengionan atau pencemaran melalui radioaktiviti daripada mana-mana bahan api nuclear atau sisa nuklear daripada proses pembelahan nuklear atau daripada sebarang bahan senjata nuklear.
13. Belanja yang ditanggung untuk menderma mana-mana organ tubuh oleh Orang Yang Diinsuranskan dan kos pemerolehan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma ketika transplan organ dan komplikasinya.
14. Penyiasatan dan rawatan gangguan tidur dan dengkur, terapi penggantian hormon dan terapi pilihan seperti rawatan, khidmat atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada khidmat kiropraktik, akupunktur, akutekanan, refleksologi, pengikatan tulang, rawatan pakar herba, urut atau terapi aroma atau rawatan pilihan yang lain.
15. Jagaan atau rawatan yang pembayarannya tidak dikehendaki atau setakat yang ia dibayar oleh mana-mana insurans lain atau tanggung rugi yang melindungi Yang Diinsuranskan dan Hilang Upaya yang timbul daripada tugas dalam pekerjaan atau kerjaya yang dilindungi di bawah Kontrak Insurans Pampasan Pekerja.
16. Psikotik, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatik).
17. Kos/belanja bagi khidmat yang bersitat bukan perubatan, seperti televisyen, telefon, khidmat teleks, radio atau kemudahan yang serupa, kit/pek kemasukan dan barang bukan perubatan 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 di udara, luncur air, aktiviti dalam air yang memerlukan alat pernafasan, sukan musim sejuk, sukan profesional dan aktiviti yang tidak dibenarkan.
19. Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.
20. Belanja yang ditanggung untuk menukar jantung.

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

## 10. Definisi

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

**11. Bolehkah saya membatalkan polisi ?**

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

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

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

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

**13. Di mana saya boleh mendapatkan maklumat lanjut?**

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

Sekiranya anda mempunyai sebarang pertanyaan, sila hubungi kami di:

**Zurich General Insurance Malaysia Berhad**

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

Tel: 03-2109 6000 Faks: 03-2109 6888 Pusat Panggilan: 1-300-888-622 E-mel : [callcentre@zurich.com.my](mailto:callcentre@zurich.com.my)

**14. Adakah terdapat jenis perlindungan insurans serupa yang lain ditawarkan ?**

Jika anda berminat untuk mengetahui sama ada terdapat jenis insurans serupa yang lain, anda boleh hubungi kami atau rujuk kepada ejen insurans.

**NOTA PENTING**

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

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

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

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

