Allianz Care - SMI

MEDICAL PLAN THAT TAKES CARE OF YOUR EMPLOYEES' MEDICAL NEEDS

PELAN PERUBATAN YANG MELINDUNGI PEKERJA ANDA.

Allianz Care – SMI (03.25)

Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad 200601015674 (735426-V)
Licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia
A PIDM member

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

Allianz

YOUR EMPLOYEES HEALTHCARE

Your employees are the main asset of your company. It is therefore very important that their welfare is well taken care of.

The medical plan that facilitates your employees visitations to a large panel of hospitals and clinics nationwide.

Allianz Care – SMI is designed to administer Employee Benefit plans for small and medium sized industries of mainly five (5) to three hundred and fifty (350) employees. As a provider of medical insurance, our utmost concern is to protect and take care of your most valuable asset.

BENEFITS

Admission Assistance to Care
Covered services are provided on a twenty four (24) Hours Admission Assistance basis to the Insured Person.

Flexibility of Plan
Just select from the variety of plans available according to your needs.

24 Hours Toll Free Assistance
Just call toll free no. 1-800-88-1138 if you have any enquires regarding the coverage purchased and for admission assistance.

Easy Administration
Leave the administration of your employee benefit to us and focus on your core business.

Plan Features
The Allianz Care – SMI provides medical coverage together with group personal accident in a single comprehensive plan. It is designed in this manner to suit you and your employee needs.

Medical Coverage
The plan provides comprehensive coverage for medical expenses incurred due to hospitalization. You and your employees can be assured of quality care when it matters most.

OPTIONAL

Outpatient/Clinical Insured Program
Facilitates visitation to a large panel of clinics nationwide on a cashless basis with a card.

Group Personal Accident
Optional personal accident coverage for employers who wish to extend coverage to their employees.

SCHEDULE OF BENEFITS

Hospitalization		Plan 1 (RM)	Plan 2 (RM)	Plan 3 (RM)	Plan 4 (RM)
1.	Hospital Room And Board (max daily benefit)				
	(a) Ordinary Room (up to 120 days max per disability)	400	260	175	110
	(b) Intensive Care Unit (up to 20 days max per disability)	400	400	400	400
2.	Hospital Supplies And Services	As Charged			
3.	Surgical Fees				
4.	Anaesthetist Fees				
5.	Operating Theatre				
6.	In-Hospital Physician's Visit (daily maximum up to 120 days maximum 1 visit per day)				
7.	Pre-Hospital Diagnostic Tests (within 60 days)				
8.	Pre-Hospital Specialist Consultation (within 60 days)				
9.	Second Surgical Opinion (within 60 days)				
10.	Post-Hospitalization Treatment (up to 60 days)				
11.	Emergency Accidental Outpatient Treatment (within 24 hours up to 60 days)				
12.	Day-Care Procedure				
13.	Ambulance Fees (by road only)				
14.	Daily Cash Allowance at Government Hospital	200	150	100	80
15.	Medical Report Fee Reimbursement	As Charged			
16.	Outpatient Cancer Treatment				
17.	Outpatient Kidney Dialysis Treatment				
Overall Annual Limit		**70,000**	**50,000**	**30,000**	**10,000**
18.	Compassionate Allowance (accidental causes only)	2,000	2,000	2,000	2,000

Overall Annual Limit – The maximum benefit payable within the policy year regardless of number of disabilities.

If the Insured Person(s) is hospitalized at a Room And Board rate which is higher than his/her eligible benefit, the insured Person(s) shall bear 20% of the other eligible benefits described in the Schedule of benefits.

Optional Cover 1: Outpatient Clinical (Rider to Hospitalization)	
Outpatient GP Care	**Plan A**
Consultation	Cashless Covered only at Panel Clinics
Medication	
Injection	
Diagnostic Lab / X-Ray	
Outpatient Surgical Procedure	
Outpatient Specialist Care	**Covered Only with Referral Letter from Panel Clinic**
Consultation	On Reimbursement Basis Maximum RM600 per annum
Medication	
Injection	
Diagnostic Lab / X-Ray	
Outpatient Surgical Procedure	

Optional Cover 2: Group Personal Accident				
Sum Insured	**Plan 1 (RM)**	**Plan 2 (RM)**	**Plan 3 (RM)**	**Plan 4 (RM)**
Death and Permanent Disablement	70,000	50,000	30,000	10,000

DESCRIPTION OF BENEFITS - HOSPITALIZATION

Ordinary Room
An amount equal to the actual charges levied by the Hospital for room and food services but not to exceed the daily maximum stated in the Schedule of Benefits.

Intensive Care Unit
An amount equal to the actual charges levied by the Hospital during confinement as a bed patient in the ICU of the Hospital. The maximum period payable shall not exceed the maximum stated in the Schedule of Benefits.

Hospital Supplies and Services
An amount equal to the actual charges made by the Hospital during the Insured Person's confinement up to the maximum stated in the Schedule of Benefits.
(a) X-ray, electrocardiograms and ordinary laboratory tests;
(b) Drugs, medicine and dressings including blood transfusions.

Surgical Fees
An amount equal to the actual charges levied by the Surgeons for an operation which is inclusive of pre and post operative care.

Anaesthetic Fees
Fees charged by the Anaesthesiologist incidental to the surgical procedure.

Operating Theatre
Charges for the usage of operating theater during the Insured Person's confinement.

In–Hospital Physician's Visit
Charges levied by the Physician for the daily visits and treatment of a non surgical disability in Hospital during the Insured Person's confinement up to a maximum of one (1) visit per day.

Pre–Hospital Diagnostic Tests
An amount equal to the actual charges for X-ray and lab test which are performed for diagnostic purposes and which are recommended by a Qualified Medical Practitioner.

Payment is only made if charges are incurred within a period of sixty (60) days prior to the Insured Person being hospitalized or undergoing day-care procedure due to illness or injury.

Pre–Hospital Specialist Consultation
An amount equal to the actual charges for first consultation with a specialist which is recommended by a Qualified Medical Practitioner. Payment is made only if charges are incurred within a period of sixty (60) days prior to the Insured Person being hospitalized to undergoing day-care procedure due to such illness or injury.

Second Surgical Opinion
An amount equal to the actual charges for consultation or opinion with a second Specialist to determine whether a surgical operation is necessary.

Post-Hospitalization Treatment
An amount equal to the actual medical expenses incurred during follow up treatment by the same attending Physician for a period not exceeding sixty (60) days following discharge from Hospital.

Emergency Accidental Outpatient Treatment
An amount equal to the charges for services incurred at a Clinic or Hospital in connection with an emergency treatment of bodily injury arising from an accident and received as an outpatient within twenty four (24) hours after an accident.

Day-Care Procedure
Charges levied by Hospital or day-care Specialist which are inclusive of all accidental costs for day-care procedure performed in an outpatient setting.

Ambulance Fees (by road only)
Charges levied by the Hospital or by a private ambulance company for emergency response and treatment and non emergency ambulance transport.

Daily-Cash Allowance at Government Hospital
Daily cash allowance per day of confinement at a Government Hospital subject to the maximum stated in the Schedule of Benefits during any one period of disability.

Medical Report Fee Reimbursement
An amount equal to the actual charges for any medical report required will be reimbursed by the Company up to the maximum limit per disability stated in the Schedule of Benefits. This is applicable for any claim falling under the benefits for In-Hospital and Ambulatory Care.

Outpatient Cancer Treatment
If an Insured Person is diagnosed with Cancer as defined below, the Company 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 outpatient 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 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.

It is a specific condition of this Benefit that notwithstanding the exclusion of pre-existing conditions, this benefit will not be payable for any Insured Person who had been diagnosed as a cancer patient and/or is receiving cancer treatment prior to the effective date of Insurance.

Outpatient Kidney Dialysis Treatment
If an Insured Person is diagnosed with Kidney Failure as defined below, the Company 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.

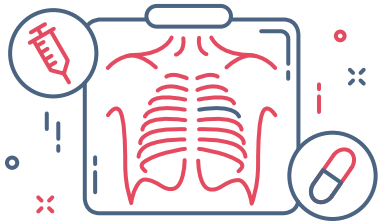
Such treatment (dialysis excluding consultation, examination tests, take home drugs) must be received at the outpatient department of a Hospital or a registered dialysis treatment centre immediately following discharge from Hospital confinement or surgery.

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 for any Insured Person who has developed chronic renal diseases and/or is receiving dialysis treatment prior to the effective date of Insurance.

Overall Annual Limit
A maximum amount equal to the aggregate of specified eligible benefits payable under the Schedule of Benefits for In Hospital Care and Ambulatory Care to the Insured Person for each Policy Year, subject to the overall limit stated under the selected plan as per Schedule of Benefits.

Compassionate Allowance Benefits (Accidental causes only)
An amount as stated in the Schedule of Benefits will be paid to Employer as trustee within forty eight (48) hours upon presentation of sufficient proof of death of an Insured Person (from accidental causes).



DESCRIPTION OF BENEFITS – OUTPATIENT CLINICAL (RIDER TO HOSPITALIZATION)

Outpatient GP Care
A benefit only applicable for treatment within Malaysia. This benefit allows cashless access to medical care with an electronic card, covered within the Policy at panel GP clinics. The benefit covers for expenses incurred for the consultation with a legally registered GP as a result of sickness and injuries for a covered disability where hospitalization is not required up to a limit as set forth in the Schedule of Benefits.

This benefit does not cover routine medical examinations. The benefit covers:

(a) Consultation
Covers the consultation charges by a General Practitioner at a panel clinic only. Dietician services are not covered.

(b) Medication
Covers the cost of medication, which requires a General Practitioner's prescription for a maximum of one (1) month supply.

(c) Injection
Covers the cost of injection, which requires a GP's administration. Preventive immunization/ vaccination is not covered.

(d) Diagnostic Lab/X-ray Procedures
Covers the cost of laboratory and X-ray procedures done at a GP clinic in accordance to the disability treated. Ultrasound/sonatron/heat therapy is not covered under this benefit.

(e) Outpatient Surgical Procedure
Covers for procedures done by a General Practitioner at the panel clinic.

Outpatient Specialist Care
A benefit only applicable for treatment within Malaysia. The reimbursement of actual expenses incurred for the consultation with a legally registered Specialist as a result of sickness and injuries for a covered disability where hospitalization is not required up to a limit as set forth in the Schedule of Benefits provided there is a referral letter by a Qualified General Practitioner from a panel clinic only prior to the Specialist visit. The referral letter is only valid for thirty (30) days from the date of visit of the General Practitioner's panel clinic.

This benefit does not cover routine medical examinations. The benefit covers:

(a) Consultation
Covers the consultation charges by a Specialist except when such consultation is follow-up care after discharge from Hospital or Daycare procedure for surgical or non-surgical hospital stay, which is covered under the Hospital and Surgical Benefit. No cross referrals are allowed except if it is related to the same disability. Dietician services are not covered.

(b) Medication
Covers the cost of medication, which requires a Specialist's prescription for a maximum of one (1) month supply.

(c) Injection
Covers the cost of injection, which requires a Specialist's administration. Preventive immunization/vaccination is not covered.

(d) Diagnostic Lab/X-ray Procedures
Covers the cost of laboratory and X-ray procedures done by a Specialist in accordance to the disability treated.

(e) Outpatient Specialist procedures
Covers for procedures done by a Specialist in his/her clinic on an outpatient basis.

OUTPATIENT CLINICAL

Why Outpatient?
By purchasing the Outpatient Clinical rider, your employees are provided the following benefits:
- Access to twenty four (24) Hours Alarm Centre.
- Access to a wide network of panel clinics nationwide.
- Personalized Insured Person's membership card and guidebook.
- "Hassle Free" from all the administrative arrangements of Outpatient Care.

24 Hours Alarm Centre
The Outpatient Alarm Centre operates twenty four (24) hours a day, 365/366 days per year. Contacting our Alarm Centre will put you in touch with Our Customer Service Assistants. Our trained and friendly assistants would be able to assist and answer your enquiries on the spot.

Wide Network of Panel Clinics
You will gain access to a network of panel clinics located across Malaysia with a cashless electronic membership card.

Insured Person's Card and Guidebook
Each Insured Person will be provided with membership card to facilitate visitation at panel clinics. Attached with this card is a guidebook that will clearly explain the "know-how" to use and access care at panel clinics.

DESCRIPTION OF BENEFITS – GROUP PERSONAL ACCIDENT

Coverage
Bodily injury caused by violent, accidental, external and visible means, which injury shall solely and independently of any other cause resulting in the following losses. The benefits of which are payable as specified in the above Schedule.

Death occurring within twelve (12) calendar months of bodily injury as aforesaid.

(i) Permanent Disablement occurring within twelve (12) calendar months of bodily injury as aforesaid. The percentages are as stated under Scale of Benefits.

(ii) Where the injury is not specified, the Company reserves the right to adopt a percentage of disablement which, in its opinion, is not inconsistent with the provisions of the Scale of Benefits.

WHO ARE ELIGIBLE?

Small and Medium Sized Industries of mainly five (5) to three hundred and fifty (350) employees. Employees must be between the ages of sixteen (16) and sixty-five (65) years old with occupations defined below:

Class 1	Class 2	Class 3
Occupations involving non-manual, administrative or clerical work – solely in offices or similar non hazardous places.	Occupations involving work of a supervisory nature or traveling outside office for business purposes but not engaging in manual labour.	Occupations involving occasional or regular manual work not particularly hazardous in nature but involving the use of tools or machinery (not using woodworking machinery).

ANNUAL PREMIUM SCHEDULE (EXCLUSIVE OF SERVICE TAX 8%)

ANNUAL PREMIUM FOR CASHLESS PLAN*

Hospitalization	Plan 1 (RM)	Plan 2 (RM)	Plan 3 (RM)	Plan 4 (RM)
Employee Only	1,381.00	932.00	702.00	416.00
Employee and Spouse	3,454.00	2,332.00	1,759.00	1,042.00
Employee and Children	3,454.00	2,332.00	1,759.00	1,042.00
Employee and Family	5,527.00	3,730.00	2,813.00	1,668.00

* Managed Care Organization (MCO) Fees will be charged separately. The arrangement for cashless facilities to pay the benefits under this plan may apply in most of the private hospitals in Malaysia and to a majority of the doctors practicing in such hospitals. Where such arrangements do not apply, you will have to pay first, submit your claim to us for assessment and all eligible claims will be reimbursed. The arrangement for cashless facilities is being provided on a best effort basis.

ANNUAL PREMIUM FOR NON-CASHLESS PLAN

Hospitalization	Plan 1 (RM)	Plan 2 (RM)	Plan 3 (RM)	Plan 4 (RM)
Employee Only	748.00	590.00	444.00	324.00
Employee and Spouse	1,872.00	1,476.00	1,114.00	810.00
Employee and Children	1,872.00	1,476.00	1,114.00	810.00
Employee and Family	2,995.00	2,363.00	1,782.00	1,297.00

Optional Cover 1: Outpatient Clinical (Rider to Hospitalization)	Plan A (RM)
Per Person (exclusive of Service Tax 8%)	805.00

Optional Cover 2: Group Personal Accident	Plan 1 (RM)	Plan 2 (RM)	Plan 3 (RM)	Plan 4 (RM)
Employee Only (exclusive of Service Tax 8%)	48.00	34.00	20.00	6.00

Premium rates are not guaranteed and may be subject to revision due to medical cost inflation. Therefore, the Company reserves the right to revise the premiums accordingly at Policy renewal **by giving at least thirty (30) days written notice to the Policyholder.**

In the event you opt for the non-cashless plan, the premium payable will be lower but similarly, your policy coverage will also be lower. Under the non-cashless plan, you would need to pay the relevant costs upon admission to the hospital first and subsequently submit your claim to us for our assessment and reimbursement.

ANNUAL MANAGED CARE ORGANIZATION (MCO) FEES SCHEDULE

Hospitalization	RM17.00 per person
Managed Care Organization (MCO) Fees for combined Outpatient Clinicaland Hospitalization	RM36.00 per person

Please note that for Companies who wish to purchase Outpatient Clinical, the Hospitalization plan must be on a cashless basis i.e. the Company will need to take up the RM36.00 per person Managed Care Organization (MCO) Fees option for combined Outpatient Clinical and Hospitalization.

EXCLUSIONS – HOSPITALIZATION

This contract does not cover any hospitalization, surgery or charges caused directly or indirectly, wholly or partly, by any one (1) of the following occurrences:

1. Pre-existing illness for the first twelve (12) months of cover.

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 the Insured Person's cover or date 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 or 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 sanitaria care, illegal drugs, intoxication, sterilization, venereal disease and its sequelae, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or ARC (AIDS Related Complex) and HIV related diseases, and any communicable diseases required quarantine 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. Hospitalization 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, bone setting, herbalist treatment, massage or aroma therapy 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 Person 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.

21. Terrorism.

EXCLUSIONS – OUTPATIENT GP AND OUTPATIENT SPECIALIST CARE

This contract does not cover any Outpatient GP and Specialist charges caused directly or indirectly, wholly or partly, by any one of the following occurrences:

1. Members cannot purchase or acquire all types of external and internal appliances or devices (i.e. wheelchairs, implants, hearing aids, walking aids and etc).

2. Dental conditions including dental treatment or surgery except as a result of an accident.

3. Plastic/cosmetic consultation and surgery including eye examination, glasses, refractive errors of the eyes and its correction.

4. Hormone replacement therapy(s) which is not medically necessary.

5. Alternative therapies (i.e. acupuncture chiropractic, reflexology and etc).

6. Surgical, mechanical or chemical contraceptive methods.

7. Sexual dysfunction, sex transformation whether by surgical or chemical.
8. Sexually transmitted diseases and its sequelae, AIDS or HIV and its related complications.
9. Pregnancy, childbirth (including delivery), pre-natal, post-natal care, abortion, infertility and miscarriage.
10. Suicide, attempted suicide, self inflicted injury or overdose of any kind intentional or otherwise while sane or insane.
11. Routine health check-ups including gynaecological check-ups.
12. Outpatient physical or physiotherapy.
13. Speech and occupational therapy.
14. Treatment for congenital abnormalities, deformities and disabilities.
15. Vitamins, food supplements, preventive medicine which is not Medically Necessary, herbal cures, weight reduction or induction agents.
16. Soaps, shampoos or any toiletries items.
17. Treatment of injuries sustained while under the influence of alcohol or narcotics or whilst in participation in any illegal or dangerous activities.
18. Allergy testing.
19. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
20. House calls by doctors for any reason.
21. Purchase or treatment of rehabilitation drugs (i.e. smoking patches and etc).
22. Facial or treatment for Acne.
23. Dispense of member's current medication for a period of more than two (2) weeks except for member with chronic conditions e.g. diabetes, hypertension, etc where one (1) month supply is allowed.
24. Treatment/dispense of medication which are not consistent with diagnosis.

SPECIAL CONDITIONS – MEDICAL

There will be a waiting period of thirty (30) days from the commencement date of insurance for sickness benefits. No benefits will be payable if hospitalization and/or illness commences within this period except for outpatient clinical. Coverage for accidental bodily injuries will however be effective upon the commencement of insurance.

The following specified illnesses/disabilities and/or other related conditions irrespective of whether the Insured Person is aware or not shall be excluded from the coverage for the first one hundred and twenty (120) days from the Insured Person's effective date of insurance:

Specified Illnesses shall mean the following disabilities and its related complications, occurring within the first one hundred and twenty (120) days of Insurance of the Insured Person:

(a) Hypertension, diabetes mellitus and cardiovascular disease;
(b) All tumours, cancers, cysts, nodules, polyps, stones in 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 reproduction system;
(f) Vertebro-spinal disorders (including disc) and knee conditions.

Pre-Existing Illness shall mean disabilities that the Insured Person has reasonable knowledge of. A 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.

NOTE

1. Application for change of benefits to a higher plan can only be made on Policy Anniversary Date and is subject to acceptance by the Company.

2. The claim payable shall be computed based on the limit of benefits under the old plan if it:

   (a) Arises within thirty (30) days from the accepted date of change.
   (b) Is due to any of the Specific Illness within one hundred and twenty (120) days from the accepted date of change.
   (c) Is due to a medical condition diagnosed prior to the accepted date of change.

SUBMISSION OF CLAIM

1. Complete and sign the Claim Form which is available at your respective Human Resource Department.

2. Claims with full and complete documents received by the Company will be reimbursed within thirty (30) days.

3. Insured Person is advised to keep a copy of all documents sent to the Company.

4. Claims must be submitted to the Company within thirty (30) days from the date of treatment.

EXCLUSIONS – GROUP PERSONAL ACCIDENT

1. War, invasion, act of foreign enemy, hostilities (whether declared or not), civil war, rebellion, revolution, insurrection, mutiny or usurped power, military or popular uprising.

2. Insanity, suicide (whether sane or insane), intentional self-inflicted injuries or any attempt thereat.

3. Any form of disease, infection or parasites and AIDS or AIDS Related Complex (ARC) or HIV.

4. Childbirth, miscarriage, pregnancy or any complications thereof.

5. Provoked murder or assault.

6. Intoxication by alcohol or drugs.

7. While travelling in an aircraft as a member of the crew, except only as a fare-paying passenger in an aircraft licensed for passenger service.

8. While committing or attempting to commit any unlawful act.

9. While participating in any professional sports.

10. Martial arts or boxing, aerial activities including parachuting and hang-gliding, underwater activities exceeding fifty (50) metres in depth, mountaineering involving the use of ropes or mechanical guides.

11. Racing (other than on foot), pace-making, speed or reliability trials.

12. Ionisation, radiation or contamination by radioactivity, nuclear weapons material.

13. Riding/driving without a valid driving licence.

14. Death or disablement or any other loss consequent upon the Insured Person involved in any of the occupations mentioned under Excluded occupations.

    (a) Police, army/military and law enforcement officers;
    (b) Aircraft testers, pilots or crew;
    (c) Divers;
    (d) Racing drivers;
    (e) Jockeys;
    (f) Persons engaged in professional sports activities;
    (g) Persons engaged in underground mining and tunneling;
    (h) Firemen;
    (i) Seamen and sea fishermen;
    (j) War correspondents;
    (k) Oil rig workers;
    (l) Steeplejacks;
    (m) Stevedores;
    (n) Persons engaged in demolition of buildings;
    (o) Persons engaged in ambulance services;

(p) Sawyers, timber logging workers, drivers/attendants of timber lorries and winches;
(q) Wood working machinists – using wood working machinery driven by mechanical power;
(r) Explosive handlers;
(s) Quarrymen;
(t) Railway manual workers;
(u) Animal trainers;
(v) Security personnel (with firearms);
(w) Building cleaners (exceeding 9 metres).

15. Terrorism.

QUESTIONS AND ANSWERS

Q1. Why is Allianz Care - SMI Plan beneficial to an employer?
It provides protection against financial burden due to disability and medical expenses. The plans are flexible to suit an employer's needs.

Q2. Who is eligible for coverage?
All full-time and actively at work employees (sixteen (16) years to sixty five (65) years) are eligible for Medical coverage. Employee's spouse (below sixty five (65) years) and unmarried children (over fourteen (14) days but under twenty (20) years, or twenty four (24) years if still receiving full-time higher education and who are not gainfully employed) are eligible for hospitalization and outpatient clinical treatment. For Group Personal Accident coverage, employees between the ages of sixteen (16) to sixty five (65) years old are eligible.

Q3. Is there any medical examination requirement?
Insured employees of Basic Hospitalization Plan and with group size of twenty (20) employees and below are required to complete and return the Personal Health Declaration Form ("PHD") Form C. Only employees need to fill up the PHD forms. Dependants need not do so. For group size of twenty one (21) and above, PHD form is waived. Allianz reserves the right to call for further health evidence if deemed necessary.

Q4. What is the application process?
Just fill-up the Group Application Form (Form A) and Employee Enrollment Form (Form B). Personal Health Declaration Form ("PHD") (Form C) is required if group size is twenty (20) employees and below.

Q5. What happens when there is resignation or recruitment of employees in the company?
When an employee resigns, a refund of pro-rata premium shall be made and a pro-rata premium will be charged when an employee joins the company.

Q6. When is payment made?
Upon submission of your Application Form. The coverage will commence upon Company's acceptance, subject to satisfactory evidence of insurability.

Q7. How are the benefits paid?
For Hospitalization, if client opt for cashless plan, member need not pay upon admission as they will be given an electronic card for use at panel Hospital, subject to plan purchased. If client opt for non-cashless plan, member need to pay upon admission and retain the itemized bill and receipt for reimbursement.

For Outpatient Clinical GP Care, Insured members do not need to pay at the panel clinics as they will be given an electronic card for use at the panel clinics. For Specialist treatment, an Insured member would need to pay upon treatment and retain the itemized bill and receipt together with the referral letter from a panel GP. Claims form together with the itemized bill, receipt and referral letter are to be submitted to the Company for reimbursement up to the limits in the Schedule of Benefits.

Q8. Would Allianz increase the premiums on renewals?
The premium rates shall be reviewed annually and subject to adjustment based on the underlying claims experience and medical claims inflation of Allianz Care – SMI portfolio.

Q9. Can an employer purchase hospitalization plan on non-cashless basis and purchase Outpatient Clinical on a cashless basis?
No. Once an employer chooses to take up both the hospitalization and outpatient clinical, it is a requirement of the Allianz Care – SMI plan that both plans be purchased on a cashless basis.

Q10. How does an employee access care at a panel GP clinic and specialist if an employer purchases the outpatient clinical option as a rider to the hospitalization Policy?
Every Insured member will be provided with a cashless card for access to a nationwide panel of GP clinics. The Insured member will need to show the card to the panel clinic before seeking treatment. The Insured member will not need to pay the clinic except for treatments which fall within the exclusions of the Policy.

For visitation to a Specialist, a referral letter must be obtained from the panel clinic. The Insured member then visits the preferred Specialist. Official itemized receipt(s), invoice(s) and the referral letter are to be submitted with a completed claim form to Company for reimbursement. Submission must be made within thirty (30) days from the date of the visit.

IMPORTANT NOTICE

Thank you for your interest in the employee benefits products offered by Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad (“Allianz”).

Firstly, before purchasing any Medical and Health Insurance (MHI) product, you should ensure that you understand the basic and important features of the product; and that the important information has been disclosed to you. Our managers/intermediary partners are available to help you with the following questions:

- What are the basic and salient features of Medical and Health Insurance in general?
- What are the basic and salient features of the product proposed to my company?
- Do I have all the information needed to make an informed decision?
- Am I satisfied that the product proposed best suits the needs of my company and employees?

Below is a checklist of items that can serve as a guide to you, so that you may make an informed decision before purchasing this product.

INFORMATION CHECKLIST

- Ascertain if there are any pre-existing conditions, specified illnesses and qualifying period and how long will the period be applicable.

- Comprehend and realize if there are any limitation of benefits (e.g. % of costs covered by the Policy, co-payment, ceiling to total claim costs and deductible amounts).

- Comprehend the nature and extent of Company's right to review and revise the premiums payable. If you are agreeable and understand how and when notification of the revision will be made.

- Comprehend the nature and extent of Company's right to repudiate liability in the event that you have failed to disclose relevant information that would have affected Company's decision to accept or reject the risk, and on the premiums and terms to be applied to you.

- Find out whether there are other avenues (e.g. any insurer's website) where details of the important features of the product can be obtained.

- Refer to the Proposals, Policy Contract for details of important Policy features.

- Understand the benefits that are payable under this Policy.

- Understand the significant medical or technical exclusions or restrictions applicable.

- You may refer to "The Introduction to Medical and Health Insurance Products" issued by Bank Negara Malaysia for more information on Medical and Health Insurance products in general.

- Understand the possible conditions that would lead to the following scenarios on the Policy renewal:

  - Policy is renewed with a level premium;
  - Policy is renewed with an increased premium; or
  - Policy is not renewed.

- Understand the implications of switching policies from one insurer to another.

IMPORTANT NOTICE TO PROSPECTIVE POLICY OWNERS

- It may not be advantageous to switch from one health Policy to another, as you may be subjected to new underwriting requirements for waiting period/exclusion of specified illness/ pre-existing conditions of the new Policy.

- Please note that for any disability arising out of injury during employment, whereby the Insured has received benefits under Workmen's Compensation Ordinance, SOCSO or similar legislation, the Insurer shall bear no charges unless benefits received do not fully cover incurred charges, which are covered under the Policy.

- Please note that if an Insured has received other medical insurance or government plans, the Insurer shall bear no charges unless benefits received do not fully cover incurred charges, which are covered under the Policy.

- Please note that the exclusions, limitations, terms and conditions as stated in this proposal are not exhaustive. Please refer to the actual Policy contract for detailed benefits, exclusions, limitations, terms and conditions.

- The information enclosed is accurate as at the date of print.

- You are to ascertain that this product will best serve the needs of your company's employees and that you are agreeable to the premium payable under the Policy.

- You should ensure that important information regarding the Policy is disclosed to you and that you understand the information disclosed. Where there is ambiguity, you should seek clarification from the Insurer.

- The premiums quoted in this brochure is a revised version of the existing Allianz Care SMI. For cashless plan 1, 2, 3 and 4, the premium increase is between 5% to 25%. No premium increase for non-cashless plan. Factors contributing to the increase in premium rates are plan-specific claims experience, technological advancement in medical industry as well as inflation. However, past experience does not necessarily reflect future trends. Previously we have observed an increase of between 10% to 29% for cashless and non-cashless plans.

- We will be implementing an annual rate increase moving forward to keep up with medical inflation, we will be reviewing the premium rate annually and may revise the premium rate by giving policyholder 30 days advance notice. This will also lessen the burden on policyholders by allowing a gradual increase instead of a significantly large increase in premium rates every three (3) years.

This brochure contains the Bahasa Malaysia translated version. In the event of any conflict of interpretation, the English version shall prevail.

This brochure is for general information only and it is not a contract of insurance. The descriptions of available coverage are only a brief summary for quick and easy reference. The precise terms and conditions that apply are specified in the policy.

PERLINDUNGAN KESIHATAN PEKERJA ANDA

Pekerja adalah aset paling berharga bagi syarikat anda. Oleh itu, menjaga kepentingan kebajikan pekerja bagi sesebuah syarikat adalah amat penting.

Pelan perubatan yang memberikan kemudahan kepada pekerja untuk mendapatkan rawatan perubatan di hospital-hospital dan klinik-klinik panel di seluruh negara.

Allianz Care – SMI dilakarkan khususnya untuk industri kecil dan sederhana yang mempunyai antara 5 hingga 350 orang pekerja. Sebagai peneraju insurans perubatan, keutamaan kami ialah untuk melindungi dan menjaga kebajikan pekerja anda yang merupakan aset anda yang paling berharga.

FAEDAH-FAEDAH

Bantuan Kemasukan Ke Hospital
Bantuan Kemasukkan Meliputi Perkhidmatan yang disediakan 24 Jam Bantuan Kemasukan asas kepada Orang Yang Diinsuranskan.

Pelan Fleksibel
Pelbagai pelan ditawarkan, pilihlah pelan yang memenuhi keperluan anda.

Bantuan 24 Jam Bebas Tol
Hubungi talian bebas tol 1-800-88-1138 jika anda mempunyai sebarang pertanyaan mengenai perlindungan yang anda beli dan bantuan kemasukan ke hospital.

Kemudahan Pentadbiran
Anda boleh menumpukan perhatian kepada tugas anda, kerana kami akan menjaga manfaat kesihatan pekerja anda.

Ciri-ciri Pelan
Allianz Care – SMI menyediakan perlindungan perubatan bersama dengan kemalangan diri berkelompok di dalam satu pelan komprehensif. Ia dilakarkan khusus bagi memenuhi keperluan anda dan pekerja anda.

Perlindungan Perubatan
Pelan ini menawarkan perlindungan komprehensif untuk kos perubatan disebabkan oleh kemasukan hospital. Kualiti perubatan anda dan keluarga anda dijamin di saat anda memerlukannya.

PILIHAN

Program Diinsuranskan Pesakit Luar/Klinikal
Kemudahan lawatan ke panel klinik yang terdapat di serata negara ini dengan kemasukan tunai melalui kad.

Kemalangan Diri Berkelompok
Pilihan perlindungan kemalangan diri bagi majikan yang ingin memberi perlindungan tambahan kepada para pekerja.

JADUAL FAEDAH-FAEDAH

Penghospitalan		Pelan 1 (RM)	Pelan 2 (RM)	Pelan 3 (RM)	Pelan 4 (RM)
1.	Bilik Hospital Dan Makan (maksimum faedah harian)				
	(a) Bilik Biasa (sehingga maksimum 120 hari setiap kehilangan upaya)	400	260	175	110
	(b) Unit Rawatan Rapi (sehingga maksimum 20 hari setiapkehilangan upaya)	400	400	400	400
2.	Bekalan Dan Khidmat Hospital	Seperti Dicajkan			
3.	Bayaran Pembedahan				
4.	Bayaran Pakar Bius				
5.	Bilik Bedah				
6.	Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (maksimum sehari sehingga 120 hari dan maksimum 1 lawatan setiap hari)				
7.	Ujian Diagnostik Pra-Hospital (dalam 60 hari)				
8.	Rundingan Pakar Pra-Hospital (dalam 60 hari)				
9.	Pendapat Kedua Pembedahan (dalam 60 hari)				
10.	Rawatan Selepas Penghospitalan (sehingga 60 hari)				
11.	Rawatan Pesakit Luar Bagi Kemalangan Dan Kecemasan (dalam masa 24 jam sehingga 60 hari)				
12.	Prosedur Penjagaan Harian				
13.	Bayaran Ambulans (dijalan raya sahaja)				
14.	Elaun Tunai Harian Di Hospital Kerajaan	200	150	100	80
15.	Bayaran Balik Yuran Laporan Perubatan	Seperti Dicajkan			
16.	Rawatan Kanser Pesakit Luar				
17.	Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar				
Had Tahunan Keseluruhan		**70,000**	**50,000**	**30,000**	**10,000**
18.	Elaun Belas Kasihan (hanya disebabkan kemalangan sahaja)	2,000	2,000	2,000	2,000

Had Tahunan Keseluruhan – Maksimum faedah perlu dibayar dalam tahun Polisi tanpa mengambil kira bilangan hilang upaya.

Jika Orang Yang Diinsuranskan itu dimasukkan ke hospital dengan kadar Bilik Dan Makan yang lebih tinggi daripada faedah yang layak diterimanya, Orang Yang Diinsuranskan itu perlu menanggung 20% daripada faedah-faedah lain yang layak diterimanya seperti yang disebutkan dalam Jadual Faedah.

Pilihan Perlindungan 1:
Klinikal Pesakit Luar (`RIder´ kepada Penghospitalan)

Penjagaan GP Pesakit Luar	Pelan A
Perundingan	Tanpa Tunai Perlindungan hanya di Klinik Panel
Perubatan	
Suntikan	
Makmal Diagnostik / Sinaran-X	
Prosedur Pembedahan Pesakit Luar	
Penjagaan Pakar Pesakit Luar	**Perlindungan hanya dengan Surat Rujukan dari Klinik Panel**
Perundingan	Dengan Cara Bayaran Balik Maksimum RM600 setahun
Perubatan	
Suntikan	
Makmal Diagnostik / Sinaran-X	
Prosedur Pembedahan Pesakit Luar	

Pilihan Perlindungan 2:
Kemalangan Diri Berkelompok

Jumlah Diinsuranskan	Pelan 1 (RM)	Pelan 2 (RM)	Pelan 3 (RM)	Pelan 4 (RM)
Kematian dan Hilang Upaya Kekal	70,000	50,000	30,000	10,000

HURAIAN FAEDAH-FAEDAH – PENGHOSPITALAN

Bilik Biasa
Amaun yang sama dengan caj sebenar yang dikenakan oleh pihak hospital untuk perkhidmatan bilik dan makanan tetapi tidak melebihi had maksimum harian seperti dinyatakan di dalam Jadual Faedah.

Unit Rawatan Rapi
Amaun yang sama dengan caj sebenar yang dikenakan oleh pihak hospital sebagai pesakit yang terlantar di dalam Unit Rawatan Rapi di hospital dan tidak melebihi had maksimum harian seperti dinyatakan di dalam Jadual Faedah.

Bekalan Dan Khidmat Hospital
Amaun yang sama dengan caj sebenar yang dikenakan oleh pihak hospital ketika Orang Yang Diinsuranskan
berada dalam hospital sehingga had maksimum yang dinyatakan di dalam Jadual Faedah.
(a) Sinaran-X, elektrokardiogram dan ujian makmal biasa;
(b) Dadah, ubat-ubatan dan cucian luka termasuk pemindahan darah.

Bayaran Pembedahan
Amaun yang sama dengan caj sebenar yang dikenakan oleh pihak pakar bedah bagi pembedahan termasuk penjagaan sebelum dan selepas pembedahan yang ditanggung ketika berada di hospital.

Bayaran Pakar Bius
Yuran yang dikenakan oleh pakar bius yang berkaitan dengan prosedur pembedahan.

Bilik Bedah
Caj bagi penggunaan bilik pembedahan ketika Orang Yang Diinsuranskan berada dalam hospital.

Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital
Caj yang dikenakan oleh pakar perubatan bagi lawatan harian dan rawatan bagi kehilangan upaya tanpa pembedahan di hospital ketika Orang Yang Diinsuranskan berada di hospital termasuk pada hari ia keluar hospital.

Ujian Diagnostik Pra–Hospital
Amaun yang sama dengan caj sebenar bagi sinaran-X dan ujian makmal yang dilakukan bagi tujuan diagnosis dan yang diperakui oleh Pengamal Perubatan Bertauliah.

Bayaran akan hanya dibuat sekiranya caj dikenakan dalam tempoh enam puluh (60) hari sebelum Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital bagi menjalani prosedur penjagaan harian disebabkan penyakit atau kecederaan.

Rundingan Pakar Pra–Hospital
Amaun yang sama dengan caj sebenar bagi perundingan dengan pakar yang disyorkan oleh Pengamal Perubatan Bertauliah. Bayaran akan hanya dibuat sekiranya caj dikenakan dalam tempoh enam puluh (60) hari sebelum Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital bagi menjalani prosedur penjagaan harian disebabkan penyakit atau kecederaan.

Pendapat Kedua Pembedahan
Amaun yang sama dengan caj sebenar bagi perundingan atau pendapat pakar kedua untuk menentukan samada pembedahan diperlukan.

Rawatan Selepas Penghospitalan
Amaun yang sama dengan caj sebenar perubatan yang dikenakan bagi rawatan susulan perubatan dan rawatan bukan pembedahan oleh doktor yang sama bagi tempoh tidak melebihi enam puluh (60) hari selepas keluar dari hospital.

Rawatan Pesakit Luar Bagi Kemalangan Dan Kecemasan
Amaun yang sama dengan caj sebenar dikenakan bagi perkhidmatan dan bekalan yang disediakan oleh hospital atau klinik berkaitan dengan rawatan kecemasan bagi kecederaan anggota disebabkan sesuatu kemalangan dan diterima sebagai pesakit luar dalam tempoh dua puluh empat (24) jam selepas kemalangan.

Prosedur Penjagaan Harian
Caj yang dikenakan termasuk semua kos yang berkaitan yang dikenakan oleh hospital atau pusat pakar penjagaan harian yang dilakukan dalam persekitaran pesakit luar.

Bayaran Ambulans (dijalan raya sahaja)
Caj yang dikenakan oleh hospital atau syarikat ambulans swasta bagi panggilan dan rawatan kecemasan ambulans dan pengangkutan ambulans bukan kecemasan.

Elaun Tunai Harian Di Hospital Kerajaan
Elaun tunai harian bagi setiap hari untuk penginapan di sesebuah hospital kerajaan, tertakluk kepada jumlah maksimum yang disebutkan dalam Jadual Faedah dalam masa mana-mana satu tempoh kehilangan upaya.

Bayaran Balik Yuran Laporan Perubatan
Amaun yang sama dengan caj sebenar dikenakan bagi laporan perubatan yang diminta akan dibayar balik oleh Syarikat sehingga had maksimum setiap kehilangan upaya mengikut Jadual Faedah. Ini hanya boleh dipakai bagi tuntutan di bawah faedah-faedah bagi Dalam-Hospital dan Penjagaan Ambulatori.

Rawatan Kanser Pesakit Luar
Jika Orang Yang Diinsuranskan didiagnosis menghidap kanser seperti yang dinyatakan di bawah, Syarikat 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 Faedah.

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 prostate peringkat 1;
(d) Semua kanser kulit kecuali melanoma malignan;
(e) Penyakit Hodgkin peringkat 1;
(f) Tumor yang menunjukkan dengan jelas komplikasi AIDS.

Menjadi syarat khas bagi Faedah ini, tanpa menyentuh pengecualian keadaan sedia ada bahawa ia 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, Syarikat akan membayar balik Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk rawatan dialisis buah pinggang yang dijalankan di pusat dialisis berdaftar yang sah tertakluk kepada had hilang upaya ini seperti yang ditetapkan dalam Jadual Faedah.

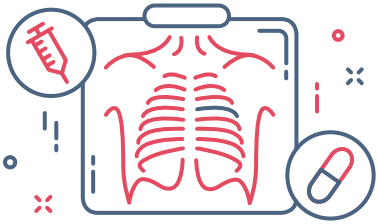
Rawatan tersebut (dialisis tidak termasuk rundingan, ujian pemeriksaan, dadah yang dibawa pulang) hendaklah diterima di jabatan pesakit luar hospital atau di pusat rawatan dialisis berdaftar sebaik sahaja selepas keluar dari hospital atau pembedahan.

Kegagalan Buah Pinggang bermaksud kegagalan renal peringkat akhir yang menyebabkan kegagalan kronik dan tidak boleh pulih kedua-dua buah pinggang untuk berfungsi dan oleh itu dialisis renal perlu dimulakan.

Menjadi syarat khas bagi Faedah 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.

Had Tahunan Keseluruhan
Amaun maksimum yang bersamaan dengan agregat faedah layak yang perlu dibayar di bawah Jadual Faedah bagi Penjagaan Hospital dan Penjagaan Ambulatori kepada Orang Yang Diinsuranskan bagi setiap Polisi Tahunan, tertakluk kepada Had Keseluruhan di bawah pelan pilihan mengikut Jadual Faedah.

Elaun Belas Kasihan (disebabkan kemalangan sahaja)
Amaun yang dinyatakan di dalam Jadual Faedah akan dibayar kepada majikan sebagai pemegang amanah di dalam empat puluh lapan (48) jam selepas pengesahan kematian dapat dibuktikan terhadap Orang Yang Diinsuranskan (disebabkan dari kemalangan).



HURAIAN FAEDAH-FAEDAH – KLINIKAL PESAKIT LUAR ("RIDER" KEPADA PENGHOSPITALAN)

Penjagaan GP Pesakit Luar
Faedah ini hanya dapat digunakan bagi rawatan di dalam Malaysia. Faedah ini membenarkan kemasukan tanpa tunai ke pusat perubatan dengan kad elektronik, perlindungan di dalam Polisi di klinik GP panel. Faedah ini memberi perlindungan bagi perbelanjaan yang dikenakan bagi perundingan dengan GP yang berdaftar disebabkan oleh penyakit dan kecederaan bagi perlindungan kehilangan upaya di mana penghospitalan tidak diperlukan sehingga had yang dinyatakan di dalam Jadual Faedah.

Faedah ini tidak melindungi pemeriksaan perubatan harian. Faedah-faedah ini melindungi:

(a) Perundingan
Perlindungan bagi bayaran perundingan oleh Pengamal Perubatan Bertauliah di klinik panel sahaja. Perkhidmatan pakar diet tidak dilindungi.

(b) Perubatan
Perlindungan bagi kos perubatan yang memerlukan preskripsi Pengamal Perubatan Bertauliah bagi bekalan maksimum satu (1) bulan.

(c) Suntikan
Perlindungan kos suntikan yang memerlukan pentadbiran GP. Pencegahan pengimunan/ pemvaksinan tidak dilindungi.

(d) Makmal Diagnostik/Sinaran-X
Perlindungan bagi kos prosedur makmal dan Sinaran-X yang dibuat di klinik GP menurut ketidakupayaan yang diambil. Terapi ultrabunyi/sonatron/'heat' tidak dilindungi di dalam faedah ini.

(e) Prosedur Pembedahan Pesakit Luar
Perlindungan bagi prosedur yang dibuat oleh Pengamal Perubatan Bertauliah di klinik panel.

Penjagaan Pakar Pesakit Luar
Faedah ini hanya dapat digunakan bagi rawatan di dalam Malaysia. Pembayaran balik bagi perbelanjaan sebenar yang dikenakan bagi perundingan dengan Pakar yang berdaftar akibat penyakit dan kecederaan bagi perlindungan kehilangan upaya di mana penghospitalan tidak diperlukan sehingga had yang dinyatakan di dalam Jadual Faedah dengan syarat ada surat rujukan daripada Pengamal Perubatan Bertauliah hanya dari klinik panel terlebih dahulu akan menerima rawatan daripada Pakar. Surat rujukan ini adalah sah selama tiga puluh hari (30) dari tarikh lawatan Pengamal Perubatan Bertauliah dari klinik panel.

Faedah ini tidak melindungi pemeriksaan perubatan harian. Faedah-faedah ini melindungi:

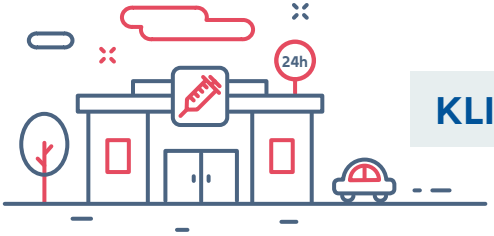
(a) Perundingan
Perlindungan bagi bayaran perundingan oleh pakar kecuali apabila sesuatu perundingan adalah jagaan susulan selepas keluar dari hospital atau prosedur Jagaan Harian bagi pembedahan penghospitalan atau sebaliknya, di mana dilindungi di bawah Faedah Hospital dan Pembedahan. Tiada rujukan diperlukan kecuali jika berhubung kait dengan ketidakupayaan yang sama. Perkhidmatan pakar diet tidak dilindungi.

(b) Perubatan
Perlindungan bagi kos perubatan yang memerlukan preskripsi Pakar perubatan bagi bekalan maksimum satu (1) bulan.

(c) Suntikan
Perlindungan kos suntikan yang memerlukan pihak pentadbiran Pakar. Pencegahan pengimunan/pemvaksinan tidak dilindungi.

(d) Makmal Diagnostik/Sinaran-X
Perlindungan bagi kos prosedur makmal dan Sinaran-X yang dibuat di klinik pakar menurut ketidakupayaan yang diambil. Terapi ultrabunyi/sonatron/'heat' tidak dilindungi di dalam faedah ini.

(e) Prosedur Pembedahan Pesakit Luar
Perlindungan bagi prosedur yang dibuat oleh Pengamal Perubatan Bertauliah di klinik panel dengan cara pesakit luar.



KLINIKAL PESAKIT LUAR

Kenapa Pesakit Luar?
Dengan pembelian rider Klinikal Pesakit Luar, para pekerja anda akan diberikan keistimewaan untuk mendapatkan faedah-faedah yang diperuntukkan seperti:
- Mengakses Pusat Kecemasan 24 jam.
- Mengakses panel klinik yang luas di seluruh negara.
- Kad keahlian peribadi dan buku panduan.
- Penjagaan Pesakit Luar melalui pengurusan pentadbiran "Tanpa Gangguan".

Pusat Kecemasan 24 Jam
Pusat Kecemasan dibuka 24 jam setiap hari, 365/366 hari setahun. Bila anda menelefon Pusat Kecemasan kami, anda akan disambungkan kepada Pembantu Khidmat Pelanggan kami. Para pembantu kami yang terlatih dan peramah dapat membantu dan menjawab semua pertanyaan anda dengan segera.

Rangkaian Klinik Panel Yang Luas
Anda dapat mengakses rangkaian klinik panel di seluruh Malaysia dengan kad keahlian elektronik tanpa tunai.

Kad Keahlian Dan Buku Panduan
Setiap ahli akan diberi sekeping kad keahlian kemudahan melawat klinik panel. Kad ini dikepilkan bersama dengan buku panduan yang menerangkan penggunaan kad tersebut dan akses ke klinik panel.

HURAIAN FAEDAH-FAEDAH – KEMALANGAN DIRI BERKELOMPOK

Perlindungan
Kecederaan anggota badan disebabkan oleh keganasan, kemalangan, dengan cara luaran dan dapat dilihat yang berlaku, di mana kecederaan tersebut semata-mata dan bebas dari mana-mana akibat daripada kehilangan anggota. Faedah ini hanya akan dibayar seperti yang dinyatakan di dalam Jadual.

Kematian yang berlaku dalam masa dua belas (12) bulan kalendar selepas kecederaan diri seperti yang disebut.

(i) Hilang Upaya Kekal yang berlaku dalam masa dua belas (12) bulan kalendar selepas kecederaan diri seperti yang disebut. Peratusan adalah dinyatakan di dalam Skala Faedah.

(ii) Jikalau kecederaan tidak dinyatakan, Syarikat berhak untuk memilih peratus bagi hilang upaya yang mana pada pendapatnya selaras dengan peruntukan-peruntukan dari Skala Faedah.

SIAPAKAH YANG LAYAK?

Industri Kecil dan Sederhana yang mempunyai antara 5 hingga 350 orang pekerja. Para pekerja mestilah berumur di antara enam belas (16) hingga enam puluh lima (65) tahun dengan takrifan pekerjaan seperti di bawah:

Kelas 1	Kelas 2	Kelas 3
Pekerjaan yang melibatkan bukan buruh, pentadbiran atau perkeranian – sepenuhnya di pejabat atau tempat yang tidak berbahaya seumpamanya	Pekerjaan yang bersifat penyeliaan atau berada di luar pejabat bagi urusan bisnes tetapi tidak melibatkan pekerjaan buruh kasar.	Pekerjaan yang bersifat buruh kasar atau melibatkan penggunaan perkakas atau jentera (tidak menggunakan mesin kayu).

JADUAL PREMIUM TAHUNAN (TANPA CUKAI PERKHIDMATAN 8%)

PREMIUM TAHUNAN BAGI PELAN KEMASUKAN TANPA TUNAI*

Penghospitalan	Pelan 1 (RM)	Pelan 2 (RM)	Pelan 3 (RM)	Pelan 4 (RM)
Kakitangan Sahaja	1,381.00	932.00	702.00	416.00
Kakitangan dan Pasangan	3,454.00	2,332.00	1,759.00	1,042.00
Kakitangan dan Anak-Anak	3,454.00	2,332.00	1,759.00	1,042.00
Kakitangan dan Keluarga	5,527.00	3,730.00	2,813.00	1,668.00

* Fi Organisasi Penjagaan Terurus (MCO) akan dicaj berasingan. Kemudahan kemasukan tanpa tunai untuk membayar manfaat di bawah pelan ini boleh didapati di kebanyakan hospital swasta di Malaysia dan juga terpakai kepada majoriti doktor yang berkhidmat di hospital-hospital tersebut. Dimana jika tiada pengaturan tersebut, anda perlu membayar dahulu dan kemudian kemukakan tuntutan anda kepada kami untuk penilaian. Semua tuntutan yang layak akan dibayar balik. Pengaturan kemudahan kemasukan tanpa tunai akan disediakan atas dasar usaha terbaik.

PREMIUM TAHUNAN BAGI PELAN KEMASUKAN TUNAI

Penghospitalan	Pelan 1 (RM)	Pelan 2 (RM)	Pelan 3 (RM)	Pelan 4 (RM)
Kakitangan Sahaja	748.00	590.00	444.00	324.00
Kakitangan dan Pasangan	1,872.00	1,476.00	1,114.00	810.00
Kakitangan dan Anak-Anak	1,872.00	1,476.00	1,114.00	810.00
Kakitangan dan Keluarga	2,995.00	2,363.00	1,782.00	1,297.00

Pilihan Perlindungan 1: Klinikal Pesakit Luar (`RIder´ kepada Penghospitalan)	Pelan A (RM)
Setiap Orang (tanpa Cukai Perkhidmatan 8%)	805.00

Pilihan Perlindungan 2: Kemalangan Diri Berkelompok	Pelan 1 (RM)	Pelan 2 (RM)	Pelan 3 (RM)	Pelan 4 (RM)
Kakitangan Sahaja (tanpa Cukai Perkhidmatan 8%)	48.00	34.00	20.00	6.00

Kadar premium tidak dijamin dan boleh berubah tertakluk kepada semakan semula akibat inflasi kos perubatan. Oleh itu, Syarikat berhak menyemak semula premium semasa Polisi ini diperbaharui **dengan memberi notis sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari kepada Pemegang Polisi.**

Sekiranya anda memilih pelan kemasukan tunai, premium yang perlu dibayar akan lebih rendah tetapi pada masa yang sama, perlindungan anda juga akan lebih rendah. Di bawah pelan kemasukan tunai, anda perlu membayar kos yang berkaitan semasa dimasukkan ke hospital dan kemudian kemukakan tuntutan anda kepada kami untuk penilaian dan pembayaran balik.

JADUAL TAHUNAN FI ORGANISASI PENJAGAAN TERURUS (MCO)

Penghospitalan	RM17.00 setiap seorang
Fi Organisasi Penjagaan Terurus (MCO) bagi bersama Klinikal Pesakit Luar dan Penghospitalan	RM36.00 setiap seorang

Sila ambil perhatian bahawa pihak syarikat yang berminat membeli Klinikal Pesakit Luar, mesti membeli pelan Penghospitalan secara tanpa kemasukan tunai contohnya pihak Syarikat perlu menambah sebanyak RM36.00 Fi Organisasi Penjagaan Terurus (MCO) bagi pilihan bersama Klinikal Pesakit Luar dan Penghospitalan.

PENGECUALIAN-PENGECUALIAN - PENGHOSPITALAN

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

1. Penyakit sedia ada untuk dua belas (12) bulan pertama.
2. Penyakit Tertentu 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, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasan atau pembedahan (Keratotomi Radial atau Lasik) 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 pranatal atua postnatum, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pensterilan.

9. Penghospitalan terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis, pemeriksaan sinaran-X, pemeriksaan fizikal atau perubatan am, tidak berkaitan dengan rawatan atau diagnosis Hilang Upaya yang dilindungi yang tidak Perlu Dari Segi Perubatan dan apa-apa rawatan pencegahan, ubat atau pemeriksaan pencegahan yang dijalankan oleh Pakar Perubatan, dan rawatan khusus untuk mengurangkan atau menaikkan berat badan.

10. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.

11. Perang atau apa-apa tindakan perang, diisytiharkan atau tidak diisytiharkan, aktiviti jenayah atau pengganas, bergiat cergas dalam mana-mana angkatan bersenjata, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan dan kekecohan awam atau penderhakaan tentera.

12. Radiasi pengionan atau pencemaran melalui radioaktiviti daripada mana-mana bahan api nuklear atau sisa nuklear daripada proses 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 gangguna 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 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 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 jantina.
21. Keganasan.

PENGECUALIAN-PENGECUALIAN – PENJAGAAN GP PESAKIT LUAR DAN PAKAR PESAKIT LUAR

Kontrak ini tidak melindungi apa-apa bayaran bagi pakar dan GP pesakit luar disebabkan secara langsung atau tidak langsung, sepenuhnya atau sebahagiannya, oleh mana-mana satu kejadian yang berikut:

1. Ahli tidak boleh membeli atau memperolehi semua jenis luaran dan dalaman perlengkapan atau peralatan (seperti kerusi roda, implan, alat pendengaran, alat bantuan berjalan dll).
2. Penyakit pergigian termasuk rawatan pergigian atau pembedahan oral kecuali akibat kemalangan.
3. Perundingan dan pembedahan plastik/kosmetik termasuk pemeriksaan mata, cermin mata, ralat pembiasan mata dan pembetulan.
4. Terapi pertukaran hormon di mana tidak perlu dari segi perubatan.
5. Terapi alternatif (contoh akupunktur kiropraktik, refleksologi dll).
6. Pembedahan, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal dan kimia.
7. Disfungsi jantina, penghantaran jantina sama ada oleh pembedahan atau kimia.
8. Penyakit penghantaran jantina dan sekuelanya, AIDS atau HIV dan apa-apa penyakit berkaitan HIV.
9. Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran), pranatal, postnatum, menggugurkan kandungan, ketaksuburan dan keguguran.
10. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan atau mengambil dos berlebihan atau sebaliknya semasa siuman atau tidak siuman.
11. Rawatan rutin atau kesihatan termasuk rawatan sakit puan.
12. Fizikal atau pisioterapi pesakit luar.
13. Terapi percakapan dan pekerjaan.
14. Rawatan bagi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital dan kurang upaya.
15. Vitamin, makanan tambahan, ubat pencegah di mana bukan dari segi perubatan, ubat herba, kekurangan berat badan atau ajen induksi.
16. Sabun, syampu atau mana-mana barang yang berkaitan dengan dandanan diri.

17. Rawatan kecederaan semasa di bawah pengaruh alkohol atau narkotik atau semasa menyertai apa-apa aktiviti haram atau merbahaya.
18. Percubaan alergi.
19. Penghidap psikosis, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa berkaitan neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatik).
20. Panggilan ke rumah oleh doktor bagi apa-apa alasan.
21. Membeli rawatan bagi pemulihan dadah (contoh koyok/tampalan anti merokok dll).
22. Rawatan kecantikan muka atau jerawat.
23. Memberikan perubatan semasa kepada ahli bagi tempoh lebih dari dua (2) minggu kecuali bagi ahli yang berkeadaan kronik contoh diabetes, hipertensi, dll di mana bekalan satu (1) bulan dibenarkan.
24. Rawatan/menyediakan perubatan dengan keadaan diagnosis yang tidak teratur.

SYARAT-SYARAT KHAS – PERUBATAN

Terdapat tempoh menunggu selama tiga puluh (30) hari dari tarikh permulaan insurans ini bagi faedah-faedah penyakit. Tiada faedah akan dibayar sekiranya kemasukan ke hospital dan/atau penyakitnya bermula dalam tempoh ini kecuali bagi klinikal pesakit luar. Walau bagaimanapun, perlindungan bagi kecederaan anggota disebabkan kemalangan akan berkuat kuasa sebaik saja insurans ini bermula.

Kehilangan upaya/penyakit tertentu berikut dan/atau keadaan yang berkaitan tanpa mengambil kira samada Orang Yang Diinsuranskan menyedari ataupun tidak akan dikecualikan daripada perlindungan skim tersebut bagi satu ratus dan dua puluh (120) hari pertama dari tarikh insurans Orang Yang Diinsuranskan berkuat kuasa.

Penyakit Tertentu hendaklah bermaksud hilang upaya berikut dan komplikasi yang berkaitan dengannya, yang wujud dalam tempoh satu ratus dan dua puluh (120) hari pertama Insurans bagi Orang Yang Diinsuranskan:

(a) Hipertensi, diabetes mellitus dan penyakit kardiovaskular;
(b) Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu dalam sistem kencing dan sistem biliari;
(c) Semua penyakit telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak;
(d) Hernia, hemoroid, fistula, hidrosele, varikosele;
(e) Endometriosis termasuk penyakit system pembiakan;
(f) Gangguan spina vertebro (termasuk diska) dan penyakit lutut.

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.

NOTA

1. Permohonan bagi penukaran faedah kepada pelan yang lebih tinggi hanya boleh dibuat pada Tarikh Ulang Tahun Polisi sahaja dan ia tertakluk kepada penerimaan oleh Syarikat.
2. Tuntutan perlu dibayar akan dihitung berdasarkan had faedah di bawah pelan lama sekiranya ia:
   (a) Timbul dalam tempoh tiga puluh (30) hari dari tarikh penerimaan penukaran pelan.
   (b) Disebabkan oleh penyakit tertentu dalam tempoh satu ratus dan dua puluh (120) hari dari tarikh penerimaan penukaran pelan.
   (c) Disebabkan oleh keadaan perubatan yang dikenal pasti sebelum tarikh penerimaan penukaran pelan.

MENGEMUKAKAN TUNTUTAN

1. Isi dan tandatanganilah Borang Tuntuan Ahli yang terdapat di Jabatan Sumber Manusia anda.
2. Tuntutan dan dokumen yang penuh dan lengkap akan dibayar dalam tempoh tiga puluh (30) hari dari tarikh borang tuntutan itu diterima oleh Syarikat.
3. Ahli dinasihatkan menyimpan salinan semua dokumen yang dihantar kepada Syarikat.
4. Tuntutan mestilah dihantar kepada Syarikat dalam masa tiga puluh (30) hari dari tarikh rawatan diterima.

PENGECUALIAN-PENGECUALIAN – KEMALANGAN DIRI BERKELOMPOK

1. Perang, serangan, tindakan musuh asing, perseteruan (sama ada perang diisytiharkan atau tidak), perang saudara, pemberontakan, revolusi, kebangkitan, dahagi atau perebutan kuasa, pemberontakan oleh tentera atau pihak awam.
2. Tidak siuman, membunuh diri (sama ada siuman atau tidak siuman) atau sebarang percubaan untuk melakukannya, mencederakan diri sendiri yang disengajakan.
3. Sebarang bentuk penyakit, jangkitan atau parasit dan Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit (AIDS) atau Kompleks Berkaitan dengan AIDS (ARC) atau Virus Kurang Daya Ketahanan Penyakit (HIV).
4. Kelahiran, keguguran, kehamilan atau sebarang kerumitan yang timbul daripadanya.
5. Pembunuhan atau serangan mengakibatkan kemarahan.
6. Mabuk oleh alkohol atau dadah.
7. Ketika dalam perjalanan di dalam kapal terbang sebagai seorang ahli kakitangan penerbangan, kecuali hanya sebagai penumpang yang membayar tambang di dalam sesebuah kapal terbang berlesen untuk perkhidmatan penumpang.
8. Ketika melakukan atau cuba melakukan sebarang tindakan haram.
9. Ketika menyertai sebarang sukan profesional.

10. Seni pertahanan diri atau tinju, aktiviti-aktiviti udara termasuk payung terjun dan peluncuran gantung, aktiviti-aktiviti di bawah air yang melebihi lima puluh (50) meter dalam, mendaki gunung yang melibatkan penggunaan tali atau alat panduan mekanik.

11. Perlumbaan (selain daripada yang menggunakan kaki), pace-making, ujian mengukur kelajuan atau ketahanan.

12. Pengionan, sinaran atau pencemaran oleh keradioaktifan, bahan senjata-senjata nuklear.

13. Menunggang/memandu tanpa lesen memandu yang sah.

14. Kematian atau hilang upaya ataupun sebarang kerugian turutan lain yang berbangkit daripada Orang Yang Diinsuranskan itu menyertai kegiatan dalam sebarang pekerjaan-pekerjaan yang berkaitan di bawah:

    (a) Pegawai polis, tentera dan pegawai penguatkuasaan undang-undang;
    (b) Penguji pesawat udara, pemandu pesawat atau kakitangan;
    (c) Penyelam;
    (d) Pemandu perlumbaan;
    (e) Joki;
    (f) Orang-orang yang melakukan kegiatan sukan profesional;
    (g) Orang-orang yang melakukan kerja perlombongan dan terowong bawah tanah;
    (h) Ahli bomba;
    (i) Pelaut dan nelayan di lautan;
    (j) Wartawan perang;
    (k) Pekerja pelantar minyak;
    (l) Tukang menara;
    (m) Pemunggah kapal;
    (n) Orang-orang yang melakukan kerja merobohkan bangunan;
    (o) Orang-orang yang melakukan kerja perkhidmatan ambulans;
    (p) Tukang gergaji, pekerja membalak, pemandu/kelindan lori balak dan winc;
    (q) Tukang mesin kerja kayu menggunakan jentera berkuasa mekanikal untuk kerja pertukangan kayu;
    (r) Pengendali bahan letupan;
    (s) Tukang kauri;
    (t) Pekerja landasan keretapi;
    (u) Pelatih binatang;
    (v) Pegawal keselamatan (dengan bersenjata);
    (w) Pencuci bangunan (lebih daripada 9 meter).

15. Keganasan.

SOALAN DAN JAWAPAN YANG KERAP DITANYA

Q1. Mengapakah Pelan Allianz Care - SMI berfaedah kepada majikan?

Ia menawarkan perlindungan daripada bebanan kewangan akibat kehilangan upaya dan perbelanjaan perubatan. Pelan ini adalah fleksibel untuk disesuaikan dengan keperluan seseorang majikan.

Q2. Siapakah yang layak bagi perlindungan?

Semua pekerja sepenuh masa dan bekerja secara aktif di tempat kerja (16 tahun hingga 65 tahun) layak bagi perlindungan Perubatan ini. Pasangan kakitangan (di bawah 65 tahun) dan anak yang belum berkahwin (lebih daripada 14 hari tetapi di bawah 20 tahun atau 24 tahun sekiranya masih mengikuti pengajian tinggi sepenuh masa dan belum bekerja) layak bagi kemasukan ke hospital dan rawatan di klinik pesakit luar. Bagi perlindungan Kemalangan Diri, pekerja berumur di antara 16 sehingga 65 tahun adalah layak.

Q3. Adakah sebarang pemeriksaan perubatan yang diperlukan?

Kakitangan diinsuranskan untuk Pelan Perubatan Asas Kemasukan Ke Hospital dan mempunyai bilangan kakitangan seramai 20 orang pekerja dan kurang perlu mengisi dan memulangkan Borang Perakuan Kesihatan Peribadi ("PHD") Borang C. Tetapi tidak kepada Tanggungan. Untuk kakitangan seramai 21 orang dan ke atas, Borang PHD tidak diperlukan. Pihak Syarikat berhak meminta bukti kesihatan jika ini dianggap perlu.

Q4. Bagaimanakah proses permohonan?

Dengan hanya mengisi Borang Permohonan Kumpulan (Borang A) dan Borang Pendaftaran Kakitangan (Borang B). Borang Perakuan Kesihatan Peribadi ("PHD") Borang C perlu jika bilangan kakitangan seramai 20 orang pekerja dan kurang.

Q5. Apakah yang terjadi sekiranya kakitangan meletakkan jawatan atau pengambilan dalam syarikat?

Apabila seseorang kakitangan meletakkan jawatan, pulangan premium secara pro-rata akan dibuat dan premium pro-rata akan dikenakan apabila kakitangan baru menyertai syarikat.

Q6. Bilakah bayaran premium perlu dibuat?

Semasa penghantaran Borang Permohonan. Perlindungan akan bermula selepas penerimaan oleh pihak Syarikat, tertakluk kepada bukti kebolehinsuransnan yang memuaskan.

Q7. Bagaimanakah faedahnya dibayar?

Bagi penghospitalan, bayarannya adalah berdasarkan Tanpa Kemasukan Tunai, tertakluk kepada pelan yang dibeli.

Bagi Penjagaan Klinikal GP Pesakit Luar, Orang Yang Diinsuranskan tidak perlu membayar di klinik panel di mana mereka akan diberi kad elektronik untuk digunakan. Bagi rawatan pakar, Orang Yang Diinsuranskan harus membayar sewaktu menerima rawatan dan menyimpan bil, resit dan surat rujukan daripada GP panel. Borang tuntutan bersama dengan bil, resit dan surat rujukan perlu dihantar kepada Syarikat bagi membuat bayaran balik sehingga had yang tertera di Jadual Faedah.

Q8. Adakah Allianz akan menaikkan premiumnya apabila ia diperbaharui?

Kadar premium akan disemak semula setiap tahun dan tertakluk kepada penyelarasan berdasarkan pengalaman tuntutan dan inflasi tuntutan perubatan portfolio Allianz Care – SMI.

Q9. Bolehkah majikan membeli pelan penghospitalan kemasukan tunai dan membeli Klinikal Pesakit Luar tanpa tunai?

Tidak. Apabila majikan memilih untuk mengambil kedua-dua pelan penghospitalan dan klinikal pesakit luar, pelan Allianz Care – SMI mesti membeli dengan kedua-dua pelan tanpa kemasukan tunai.

Q10. Bagaimana kakitangan mengakses penjagaan di klinik GP panel dan pakar sekiranya majikan membeli klinikal pesakit luar pilihan sebagai `Rider´kepada Polisi penghospitalan?

Setiap Orang Yang Diinsuranskan akan diberikan kad kemasukan tanpa tunai untuk mengakseskan di klinik panel seluruh negara. Orang Yang Diinsuranskan harus menunjukkan kad kepada klinik panel sebelum menerima rawatan. Orang Yang Diinsuranskan tidak perlu membayar di klinik kecuali rawatan tersebut tidak ada di dalam senarai atau dikecualikan dari Polisi.

Bagi lawatan ke pakar, surat rujukan mesti di ambil dari klinik panel. Selepas itu, Orang Yang Diinsuranskan boleh mendapatkan rawatan pakar. Resit, invois dan surat rujukan asal dengan borang tuntutan mesti diserahkan kepada Syarikat bagi membuat bayaran balik. Penyerahan mesti dibuat dalam tempoh tiga puluh (30) hari dari tarikh rawatan.

NOTIS PENTING

Terima kasih kerana berminat dengan produk faedah-faedah insurans pekerja yang ditawarkan oleh Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad (“Allianz”).

Pertama, sebelum membeli sebarang produk Insurans Kesihatan dan Perubatan (MHI), pastikan anda memahami dengan asas-asas dan ciri-ciri penting produk ini; dan maklumat penting yang didedahkan kepada anda. Pengurus-pengurus/orang-orang perantaraan Kami bersedia untuk membantu anda dengan soalan-soalan berikut:

- Apakah ciri-ciri asas dan penting mengenai Insurans Kesihatan dan Perubatan ini secara amnya?
- Apakah ciri-ciri asas dan penting mengenai produk yang dicadangkan kepada syarikat saya?
- Adakah saya mendapatkan segala maklumat yang diperlukan untuk membuat keputusan yang bijak?
- Adakah saya berpuashati bahawa produk yang dicadangkan adalah pilihan terbaik yang diperlukan oleh syarikat dan pekerja saya?

Berikut adalah senarai semak maklumat yang boleh dijadikan panduan kepada anda untuk membuat keputusan yang bijak sebelum membeli produk ini.

SENARAI SEMAK MAKLUMAT

- Sila pastikan sekiranya terdapat syarat-syarat yang sedia ada, penyakit yang dinyatakan dan tempoh yang perlu dan berapa lama tempoh yang dikenakan.
- Sila fahami dan mengerti sekiranya ada sebarang had faedah-faedah (contohnya % kos yang dilindungi Polisi, bayaran faedah, had tertinggi jumlah kos tuntutan dan amaun yang ditolak).
- Sila fahami keadaan bahawa Syarikat berhak untuk mengkaji dan menyemak semula premium yang dibayar. Jika anda bersetuju, sila fahami bagaimana dan bila notis pemberitahuan tentang perubahan ini akan dibuat.
- Sila fahami keadaan bahawa Syarikat berhak untuk menolak segala liabiliti sekiranya anda gagal memberi maklumat yang berkaitan yang mungkin memberi kesan ke atas Syarikat untuk menerima atau menolak risiko dan ke atas premium dan terma-terma yang disediakan kepada anda.
- Sila semak sama ada terdapat pilihan lain (contohnya laman web Penanggung Insurans) di mana butir-butir mengenai produk ini boleh diperolehi.
- Sila rujuk kepada kertas cadangan, kontrak Polisi untuk butir-butir terperinci bagi ciri-ciri penting Polisi.
- Sila fahami segala faedah-faedah yang dibayar di bawah Polisi ini.
- Sila fahami pengecualian perubatan atau teknikal atau had-had yang berkenaan.
- Anda boleh merujuk kepada ”Pengenalan Produk Insurans Kesihatan dan Perubatan” penerbitan Bank Negara Malaysia untuk maklumat yang lebih terperinci bagi Produk Insurans Kesihatan Dan Perubatan secara amnya.
- Sila fahami keadaan-keadaan yang munasabah yang akan menjadi panduan kepada senario yang berikut pada pembaharuan Polisi:

  - Polisi yang diperbaharui dengan premium yang rata;
  - Polisi yang diperbaharui dengan premium yang bertambah; atau
  - Polisi ini tidak diperbaharui.

- Sila fahami implikasi-implikasi yang akan terjadi sekiranya menukar Polisi dari satu Penanggung Insurans ke Penanggung Insurans yang lain.

NOTA PENTING KEPADA BAKAL PEMEGANG POLISI

- Berpindah daripada satu Polisi kesihatan kepada Polisi kesihatan yang lain adalah merugikan sebab anda mungkin dikenakan keperluan-keperluan penanggungjaminan yang baru untuk tempoh menunggu/pengecualian ke atas syarat-syarat penyakit khusus/penyakit sedia ada bagi Polisi yang baru itu.
- Sila ambil perhatian bahawa bagi sebarang kehilangan upaya akibat daripada kecederaan semasa bekerja, di mana Orang Yang Diinsuranskan itu telah menerima faedah di bawah Ordinan Pampasan Pekerja, PERKESO, atau perundangan yang seakan, maka Penanggung Insurans tidak akan menanggung sebarang bayaran melainkan jika faedah yang telah diterima tidak melindungi sepenuhnya bagi caj yang telah dikenakan, di mana dilindungi di bawah Polisi ini .
- Sila ambil perhatian bahawa diingatkan jika seseorang Orang Yang Diinsuranskan itu telah pun menerima dari insurans perubatan yang lain atau skim-skim kerajaan, Penanggung Insurans tidak akan menanggung sebarang caj melainkan jika faedah yang telah diterima itu tidak melindungi sepenuhnya bagi caj yang telah dikenakan, di mana dilindungi di bawah Polisi ini.
- Sila ambil perhatian bahawa semua pengecualian, had, terma dan syarat seperti yang tertakluk di dalam risalah ini bukanlah muktamad. Sila rujuk kepada kontrak Polisi sebenar untuk maklumat terperinci tentang faedah-faedah, pengecualian, had, terma-terma dan syarat-syarat.
- Informasi yang dilampirkan adalah tepat pada masa pencetakan.
- Anda perlu memastikan bahawa produk ini menepati keperluan anda dan juga bersetuju dengan premium yang perlu dibayar di bawah Polisi ini.
- Anda perlu memastikan bahawa maklumat penting mengenai Polisi ini telah didedahkan kepada anda dan anda telah memahami segala informasi yang diberikan. Jika terdapat sebarang keraguan, anda perlu mendapatkan penjelasan daripada Penanggung Insurans.
- Premium yang disebut dalam brosur ini adalah versi penyemakan semula Allianz Care - SMI. Bagi pelan kemasukkan tunai 1, 2, 3 dan 4, peningkatan premium adalah diantara 5% hingga 25%. Tiada peningkatan premium bagi pelan kemasukan tanpa tunai. Faktor yang menyumbangkan kepada peningkatan kadar premium adalah pengalaman spesifik pelan tuntutan, kemajuan teknologi dalam industri perubatan, dan inflasi. Bagaimanapun, pengalaman yang lalu tidak semestinya menggambarkan trend masa depan. Sebelum ini peningkatan adalah diantara
  10% hingga 29% untuk pelan kemasukan tunai dan pelan kemasukan tanpa tunai.
- Kami akan mengemaskini kadar premium secara tahunan untuk menangani inflasi perubatan dan akan mengeluarkan notis seawal 30 hari sebelum mengemaskini kadar premium tersebut. Hal ini akan mengurangkan bebanan yang ditanggung oleh pemegang polisi dengan membenarkan peningkatan beransur-ansur berbanding peningkatan secara ketara pada setiap tiga (3) tahun.

Risalah ini mengandungi terjemahan dalam versi Bahasa Malaysia. Sekiranya berlaku sebarang percanggahan tafsiran, versi dan tafsiran Bahasa Inggeris akan diguna pakai.

Risalah ini bukan kontrak insurans. Penerangan untuk perlindungan yang diberi hanyalah ringkasan untuk rujukan sahaja. Keterangan yang lebih lanjut terdapat di dalam Polisi.

Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad 200601015674 (735426-V)
(Licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia)

Allianz Customer Service Centre
Allianz Arena
Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral
Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral
50470 Kuala Lumpur.
Allianz Contact Center: 1 300 22 5542
Email: customer.service@allianz.com.my

AllianzMalaysia
allianz.com.my

Updated 03/25

AZ03/25