

Policy

Allianz Care - SMI

ALLIANZ CARE – SMI

WHEREAS the Insured Person or Policyholder by an application and declaration which shall be the basis of this contract and is deemed to be incorporated herein has applied to **Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad 200601015674 (735426-V)** (hereinafter called “the Company”) for the insurance hereinafter contained and has paid the premium stated in the Schedule as consideration for such insurance for the period stated herein.

Notwithstanding any provision in this Policy, the above **basis of contract** shall not apply to the Insured Person who is an individual entering into, varying or renewing the contract of insurance **wholly for purposes unrelated to the Insured Person’s trade, business or profession.**

NOW THIS POLICY OF INSURANCE WITNESSETH that if during the Period of Insurance, any Sickness, Disease, Illness or accidental injury necessitates the Insured Person to be confined to a Hospital for treatment, the Company will subject to the terms and conditions of and endorsed on this Policy, pay to the Insured Person(s) or his legal personal representative the sum or sums stated in the Schedule of Benefits.

Provided always that:

- (a) The liability of the Company shall not exceed the Overall Annual Limit set out in the Schedule of Benefits for any one period of insurance for any one Insured Person and in compliance with the fee schedule – Professional Fee specified in the Thirteenth Schedule under Private Healthcare Facilities and Services ACT 1998 (Private Hospitals and Other Private Health Care Facilities) Regulations 2006 (herein referred to as the ACT);
- (b) This Policy shall become effective as of the date stated in the Schedule. This Policy shall be issued for one year and at the end of each Period of Insurance may be renewed for another year subject to the terms and conditions set forth;
- (c) In the event of any change in the Law(s) or the substitution of other legislation therefore this Policy shall remain in force but the liability of the Company shall be limited to such sum as the Company would have been liable to pay if the Law(s) had remained unaltered.

1. DEFINITIONS

- 1.1 ACCIDENT** shall mean a sudden, unintentional, unexpected, unusual, and specific event that occurs at an identifiable time and place which shall, independently of any other cause, be the sole cause of bodily injury.
- 1.2 ACCIDENTAL DENTAL TREATMENT** shall mean dental procedure necessary as a result of Accident.
- 1.3 ACTIVE FULL-TIME WORK** shall mean active expenditure of time and energy in the service of the Employer at the Employer’s usual place of business on a regularly scheduled full-time basis performing every duty pertaining to his occupation or employment, except that an Employee shall be deemed on active full-time work on each day of a paid leave or on a regular non-working day on which he is not disabled or hospitalized provided he was on active full-time work on the last preceding regular working day.
- 1.4 ANY ONE DISABILITY** shall mean all of the period of Disability arising from the same cause including any and all complications therefrom except that if the Insured Person completely recovers and remain free from further treatment (including drugs, medicines, special diet or injection or advice for the condition) of the Disability for at least ninety (90) days following the latest date of discharge and subsequent Disability from the same cause shall be considered as though it were a new Disability.
- 1.5 APPLICABILITY** shall mean services and entitlements (on reimbursement subject to the maximum limit stated in the Schedule of Benefits) under the In-Hospital and Ambulatory Care is applicable worldwide subject to the following:

- (a) When the employee or dependent, if any is primarily a resident in Malaysia and that the Insured Person has been traveling outside Malaysia (for leisure or work) less than ninety (90) days when the medical services or treatment is required due to emergency or accidental reasons; or
- (b) When it is necessary that the medical services be provided outside Malaysia since it is not available locally. As such, a referral letter from the attending consultant that such medical services or treatment is not available locally is required, subject to approval from the Company.

- 1.6 CHILD** shall mean any person who has attained the age of fifteen (15) days and is an unmarried person, is financially dependent upon the Insured Person and is under the age of twenty (20), or up to the age of twenty four (24) for those registered as full time students at a recognized educational institution.
- 1.7 CONGENITAL CONDITIONS** shall mean any medical or physical abnormalities existing at the time of birth, as well as neo-natal physical abnormalities developing within six (6) months from the time of birth. They will include hernias of all types and epilepsy except when caused by a trauma which occurred after the date that the Insured Person was continuously covered under this Policy.
- 1.8 DAY SURGERY**
A patient who needs the use of a recovery facility for a surgical procedure on a pre-plan basis at the Hospital/Specialist clinic (but not for overnight stay).
- 1.9 DENTIST** shall mean a person who is duly licensed or registered to practice dentistry in the geographical area in which a service is provided, but excluding a Physician or Surgeon who is the Insured Person himself.
- 1.10 DEPENDENT** shall mean any of the following persons:
 - (a) A legally married spouse;
 - (b) Unmarried children who had attained the age of fifteen (15) days old but under twenty (20) years of age or twenty four (24) years of age are still on full-time higher education, and who are not gainfully employed.
- 1.11 DISABILITY** shall mean a Sickness, Disease, Illness or the entire Injuries arising out of a single or continuous series of causes.
- 1.12 DOCTOR OR PHYSICIAN OR SURGEON** shall mean a registered medical practitioner qualified and licensed to practice western medicine and who, in rendering such treatment, is practicing within the scope of his licensing and training in the geographical area of practice, but excluding a Doctor, Physician or Surgeon who is the Insured Person himself.
- 1.13 ELIGIBLE EXPENSES** shall mean Medically Necessary expenses incurred due to a covered Disability but not exceeding the limits in the schedule.
- 1.14 EMERGENCY** shall mean treatment needed in the event whereby immediate medical attention is required within twelve (12) hours for Injury, Illness or symptoms which are sudden and severe failing which the Member’s life could be threatened (e.g. accident and heart attack) or lead to significant deterioration of health.
- 1.15 HOSPITAL** shall mean only an establishment duly constituted and registered as a Hospital for the care and treatment of sick and injured persons as bed paying patients, and which:
 - (a) Has facilities for diagnosis and major surgery;
 - (b) Provides twenty-four (24) hour a day nursing services by registered and graduate nurses;
 - (c) Is under the supervision of a Physician; and
 - (d) Is not primarily a clinic; a place for alcoholics or drug addicts; a nursing, rest or convalescent home or a home for the aged or similar establishment.

- 1.16 HOSPITALIZATION** shall mean admission to a Hospital as a registered inpatient for Medically Necessary treatments for a covered Disability upon recommendation of a Physician. A patient shall not be considered as an inpatient if the patient does not physically stay in the Hospital for the whole period of confinement.
- 1.17 INJURY** shall mean bodily injury caused solely by Accident.
- 1.18 INSURED PERSON** shall mean the person described in the Policy Schedule including his/her Dependent (if applicable).
- 1.19 INTENSIVE CARE UNIT** shall mean a section within a Hospital which is designated as an Intensive Care Unit by the Hospital, and which is maintained on a twenty-four (24) hour basis solely for treatment of patients in critical condition and is equipped to provide special nursing and medical services not available elsewhere in the Hospital.
- 1.20 MALAYSIAN GOVERNMENT HOSPITAL** shall mean a Hospital which charges of services are subject to the Fee Act 1951 Fees (Medical) Order 1982 and/or its subsequent amendments if any.
- 1.21 MEDICALLY NECESSARY** shall mean a medical service which is:
- Consistent with the diagnosis and customary medical treatment for a covered Disability; and
 - In accordance with standards of good medical practice, consistent with current standard of professional medical care, and of proven medical benefits; and
 - Not for the convenience of the Insured Person or the Physician, and unable to be reasonably rendered out of Hospital (if admitted as an inpatient); and
 - Not of an experimental, investigational or research nature, preventive or screening nature; and
 - For which the charges are fair and Reasonable and Customary for the Disability.
- 1.22 MEMBER** shall mean either the Employee or Dependent.
- 1.23 OVERALL ANNUAL LIMIT**
- Benefits payable in respect of expenses incurred for treatment provided to the Insured Person during the Period of Insurance shall be limited to Overall Annual Limits as stated in the Schedule of Benefits irrespective of type / types of Disability and is in compliance with the "ACT". In the event the Overall Annual Limit having been paid, all insurance for the Insured Person hereunder shall immediately cease to be payable for the remaining Policy Year.
- 1.24 OUTPATIENT** shall mean the Insured Person is receiving medical care or treatment without being hospitalized and includes treatment in a Daycare centre.
- 1.25 POLICYHOLDER** shall mean a person or a corporate body to whom the Policy has been issued in respect of cover for persons specifically identified as Insured Persons in this policy.
- 1.26 POLICY YEAR** shall mean the one (1) year period including the effective date of commencement of Insurance and immediately following that date, or the one year period following the Renewal or Renewed Policy.
- 1.27 PRE-EXISTING CONDITIONS** 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:
- The Insured Person had received or is receiving treatment;
 - Medical advice, diagnosis, care or treatment has been recommended;
 - Clear and distinct symptoms are or were evident; or
 - Its existence would have been apparent to a reasonable person in the circumstances.
- 1.28 PRESCRIBED MEDICINES** shall mean medicines that are dispensed by a Physician, a Registered Pharmacist or a Hospital and which have been prescribed by a Physician or Specialist in respect of treatment for a covered Disability.
- 1.29 REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGES** shall mean charges for medical care which is Medically Necessary shall be considered reasonable and customary to the extent that it does not exceed the general level of charges being made by others of similar standing in the locality where the charge is incurred, when furnishing like or comparable treatment, services or supplies to individual of the same sex and of comparable age for a similar Sickness, Disease or Injury and in accordance with accepted medical standards and practice could not have been omitted without adversely affecting Insured Person's medical condition.
- 1.30 RENEWAL OR RENEWED POLICY** shall mean a Policy which has been renewed without any lapse of time upon expiry of a preceding Policy with the same content.
- 1.31 SICKNESS, DISEASE OR ILLNESS** shall mean a physical condition marked by a pathological deviation from the normal healthy state.
- 1.32 SPECIALIST** shall mean a medical or dental practitioner registered and licensed as such in the geographical area of his practice where treatment takes place and who is classified by the appropriate health authorities as a person with superior and special expertise in specified fields of medicine or dentistry, but excluding a Physician or Surgeon who is the Insured Person himself.
- 1.33 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:
- Hypertension, diabetes mellitus and cardiovascular disease;
 - All tumours, cancers, cysts, nodules, polyps, stones in the urinary system and biliary system;
 - All ear, nose (including sinuses) and throat conditions;
 - Hernias, haemorrhoids, fistulae, hydrocele, varicocele;
 - Endometriosis including disease of the reproduction system;
 - Vertebro-spinal disorders (including disc) and knee conditions.
- 1.34 SURGERY** shall mean any of the following medical procedures:
- To incise, excise or electrocauterize any organ or body part, except for dental services;
 - To repair, revise, or reconstruct any organ or body part;
 - To reduce by manipulation a fracture or dislocation;
 - Use of endoscopy to remove a stone or object from the larynx, bronchus, trachea, esophagus, stomach, intestine, urinary bladder or urethra.
- 1.35 WAITING PERIOD** shall mean the first thirty (30) days between the beginning of an Insured Person's Disability and the commencement of this Policy date/reinstatement date and is applied only when the person is first covered. This shall not be applicable after the first year of cover. However, if there is a break in insurance, the Waiting Period will apply again.

2. Description Of Benefits

The benefits stated hereunder are subject to the limits of the Schedule of Benefits and in compliance with the "ACT".

2.1 Hospital Room And Board

(a) Ordinary Room

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges Medically Necessary for room accommodation and meals. The amount of the benefit shall be equal

to the actual charges made by the Hospital during the Insured Person's confinement, but in no event shall the benefit exceed, for any one day, the rate of Room and Board Benefit and the maximum one hundred and twenty (120) days as set forth in the Schedule of Benefits. The Insured Person will only be entitled to this benefit while confined to a Hospital as an inpatient.

(b) Intensive Care Unit

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges Medically Necessary for actual Room and Board incurred during confinement as an inpatient in the Intensive Care Unit of the Hospital. This benefit shall be payable equal to the actual charges made by the Hospital subject to the maximum benefit for any one day and maximum twenty (20) days, as set forth in the Schedule of Benefits. Where the period of confinement in an Intensive Care Unit exceeds the maximum set forth in the Schedule of Benefits, reimbursement will be restricted to the standard Daily Hospital Room and Board rate.

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

2.2 Hospital Supplies And Services

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

2.3 Surgical Fees

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for a Medically Necessary surgery by the Specialists, including pre-surgical assessment Specialist's visits to the Insured Person and post-surgery care up to maximum sixty (60) days from the date of surgery, but within the maximum indicated in the Schedule of Benefits. If more than one surgery is performed for Any One Disability, the total payments for all the surgeries performed shall not exceed the maximum stated in Schedule of Benefits.

2.4 Anaesthetist Fees

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges by the Anaesthetist for the Medically Necessary administration of anesthesia not exceeding the limits as set forth in the Schedule of Benefit

2.5 Operating Theatre

Reimbursement of the Reasonable and Customary Operating Theatre charges incidental to the surgical procedure.

2.6 In-Hospital Physician Visit

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges by a Physician for Medically Necessary visiting an in-paying patient while confined for a non-surgical Disability subject to a maximum of one (1) visit per day not exceeding the maximum one hundred and twenty (120) days as set forth in the Schedule of Benefit.

2.7 Pre-Hospital Diagnostic Tests

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for Medically Necessary ECG, x-ray and laboratory tests which are performed for diagnostic purposes on account of an Injury or Illness when in connection with a Disability preceding hospitalization within the maximum sixty (60) days and amount as set forth in the Schedule of Benefit in a Hospital and which

are recommended by a qualified medical practitioner. No payment shall be made if upon such diagnostic services, the Insured Person does not result in Hospital confinement for the treatment of the medical condition diagnosed. Medications and consultation charged by the medical practitioner will not be payable.

2.8 Pre-Hospital Specialist Consultation

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for the first time consultation by a Specialist in connection with a Disability within the maximum sixty (60) days as set forth in the Schedule of Benefit preceding confinement in a Hospital and provided that such consultation is Medically Necessary and has been recommended in writing by the attending general practitioner.

Payment will not be made for clinical treatment (including medications and subsequent consultation after the illness is diagnosed) or where the Insured Person does not result in Hospital confinement for the treatment of the medical condition diagnosed.

2.9 Second Surgical Opinion

An amount equal to actual charges for consultation or opinion with a second Specialist within sixty (60) days from the first consultation by the first Specialist to determine whether a surgical operation is necessary or required in view of the member's medical condition, subject to the limits set forth in the Schedule of Benefits. This benefit is payable only if the Insured Person is admitted subsequently.

2.10 Post-Hospitalization Treatment

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred in Medically Necessary follow-up treatment by the same attending Physician, within the maximum sixty (60) days and amount as set forth in the Schedule of Benefits immediately following discharge from Hospital for a non-surgical Disability. This shall include medicines prescribed during the follow-up treatment but shall not exceed the supply needed for the maximum sixty (60) days as set forth in the Schedule of Benefits.

2.11 Emergency Accidental Outpatient Treatment

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for up to the maximum stated in the Schedule of Benefits, as a result of a covered bodily Injury arising from an Accident for Medical Necessary treatment as an Outpatient at any registered clinic or Hospital within twenty-four (24) hours of the Accident causing the covered bodily Injury. Follow up treatment by the same Doctor or same registered clinic or Hospital for the same covered bodily Injury will be provided up to the maximum amount and the maximum sixty (60) days as set forth in the Schedule of Benefits.

2.12 Day-Care Procedure

An amount equal to the actual charges which is inclusive of all incidental costs levied by the Hospital or Daycare Specialist Centre for Daycare Procedure (Surgical and Medical) performed in an Outpatient setting (without Hospital admission). Medical procedures shall include Endoscopy (All Types), Intravenous Phyeelography (IVP/IVU), Barium Studies and Angiographic Studies and other such diagnostic procedures as deemed Medically Necessary and duly referred by a qualified medical practitioner.

2.13 Ambulance Fees (by road only)

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for necessary domestic ambulance services inclusive of attendant to and/or from the Hospital of confinement. Payment will not be made if the Insured Person is not hospitalized and subject to the limits set forth in the Schedule of Benefits.

2.14 Daily-Cash Allowance At Government Hospital

Pays a daily allowance for each day of confinement for a covered Disability in a Malaysian Government Hospital, provided that the Insured Person shall confine to a Room and Board rate that does not exceed the amount shown in the Schedule of Benefit. No Payment will be made for any transfer to or from any Private Hospital and Malaysian Government Hospital for the covered Disability.

2.15 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.

2.16 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 Benefit.

Such treatment (radiotherapy or chemotherapy excluding consultation, examination tests, take home drugs) must be received at the out-patient department of a Hospital or a registered Cancer treatment centre immediately following discharge from Hospital confinement or Surgery.

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

- (a) Carcinoma in situ including of the cervix;
- (b) Ductal carcinoma in situ of the breast;
- (c) Papillary carcinoma of the bladder and 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.

2.17 Outpatient Kidney Dialysis Treatment

If an Insured Person is diagnosed with Kidney Failure as defined below, the Company will reimburse the Reasonable and Customary Charged 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 Benefit.

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

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

It is a specific condition of this Benefit that notwithstanding the exclusion of Pre-Existing Conditions, this Benefit will not be payable for any Insured Person who has developed chronic renal diseases and/or is receiving dialysis treatment prior to the effective date of Insurance.

2.18 Overall Annual Limit

Benefits payable in respect of expenses incurred for treatment provided to the Insured Person during the period of insurance shall be limited to Overall Annual Limits as stated in the Schedule of Benefits irrespective of type/types of Disability. In the event the Overall Annual Limit having been paid, all insurance for the Insured Person hereunder shall immediately cease to be payable for the remaining policy year.

2.19 Compassionate Allowance Benefit (Accidental Causes)

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).

3. Conditions

3.1 Alterations

The Company reserves the right to amend the terms and provisions of this Policy by giving a thirty (30) day prior notice in writing by ordinary post to the Owner's last known address in the Company's records, and such amendment will be applicable from the next renewal of this Policy. No alteration to this Policy shall be valid unless Authorized by the Company and such approval is endorsed thereon. The Company should give thirty (30) days prior written notice to the Policyholder according to the last recorded address for any alterations made.

3.2 Arbitration

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

3.3 Cancellation

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

| 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 |

*Applicable to renewal Policy only.

3.4 Certification, Information and Evidence

All certificates, information, medical reports and evidence as required by the Company shall be furnished at the expense of the Insured Person, and in such a form that the Company may require. In any event all notices which the Company shall require the Policyholder to give must be in writing and addressed to the Company. An Insured Person shall, at the Company's request and expense, submit to a medical examination whenever such is deemed necessary.

3.5 Change in Risk

The Insured Person shall give immediate notice in writing to the Company of any material change in his or her occupation, business, duties or pursuits and pay any additional premium that may be required by the Company.

3.6 Claims Procedures

- (a) The Insured Person shall within thirty (30) days of a Disability that incurs claimable expenses, give written notice to the Company stating full particulars of such event, including all original bills and receipts, and a full Physician's report stipulating the diagnosis of the condition treated and the date the Disability commenced in the Physician's opinion and the Physician's summary of the cost of treatment including medicines and services rendered. Failure to furnish such notice within the time allowed shall not invalid any claim if it is shown not to have been reasonably possible to furnish such notice and that such notice was furnished as soon as was reasonably possible;
- (b) The Insured Person shall immediately procure and act on proper medical advice and the Company shall not be held liable in the event a treatment or service becomes necessary due to failure of the Insured Person to do so;
- (c) The Insured Person shall submit detailed itemization of charges/treatment/medication(s) to Allianz for Outpatient GP and Specialist claim reimbursement above RM50.00;
- (d) The Insured Person shall submit claim form filled by the attending Physician or Outpatient Specialist claims above RM250.00.

3.7 Condition Precedent to Liability

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

3.8 Contribution

If an Insured Person carries other insurance covering any illness or injury insured by this Policy, the Company shall not be liable for a greater proportion of such illness or Injury than the amount applicable hereto under this Policy bears to the total amount of all valid insurance covering such illness or injury.

3.9 Cooling-Off Period

If this Policy shall have been issued and for any reason whatsoever the Insured Person shall decide not to take up the Policy, the Insured Person may return the Policy to the Company for cancellation provided such request for cancellation is delivered by the Insured Person to the Company within fifteen (15) days from the date of delivery of the Policy. The Insured Person is entitled to the return of the full premium paid less deduction of medical expenses incurred by the Company in the issuance of the Policy.

3.10 Currency of Payment

All payments under this Policy shall be made in the legal currency of Malaysia. Should any payment be requested by the Insured Person to be payable in any other currency, then such

amount shall be payable in the demand currency as may be purchased in Malaysia at the prevailing currency market rates on the date of the claim settlement.

3.11 Geographical Territory

All benefits provided in this policy are applicable worldwide for twenty-four (24) hours a day.

3.12 Governing Law

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

3.13 Incomplete Claims

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

3.14 Legal Proceedings

No action at law or in equity shall be brought to recover on this Policy prior to expiration of sixty (60) days after written proof of loss has been furnished in accordance with the requirements of this Policy. If the Insured Person shall fail to supply the requisite proof of loss as stipulated by the terms, provisions and conditions of the Policy, the Insured Person may, within a grace period of one (1) calendar year from the time that the written proof of loss to be furnished, submit the relevant proof of loss to the Company with cogent reason(s) for the failure to comply with the Policy terms, provisions and conditions. The acceptance of such proof of loss shall be at the sole and entire discretion of the Company. After such grace period has expired, the Company will not accept, for any reason whatsoever, such written proof of loss.

3.15 Misstatement Or Omission Of Material Fact

Subject to the relevant duty of disclosure of the Insured Person, if any answer, disclosure or representation by the Insured Person, before this contract of insurance is entered into, varied or renewed, in or to any proposal or declaration or query, has been deliberately or recklessly stated in any respect; or before this contract of insurance is entered into, varied or renewed, the Insured Person have failed to disclose any fact that the Insured Person knew to be relevant to the Company's decision on whether to accept this risk or not and the rates and the terms to be applied; or any claim made shall be fraudulent or exaggerated, or if any false declaration or statement shall be made in support of such claim, then in any of the above cases, this Policy shall be void.

3.16 Misstatement of Age

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

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

3.17 Notice

Every notice or communication to the Company shall be in writing and sent to the Company. No alterations in the terms of this Policy or any endorsement thereon will be held valid unless the same is signed or initialed by an authorized representative of the Company.

3.18 Overseas Treatment

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

- (a) An Insured Person travelling abroad for a reason other than for medical treatment, needs to be confined to a Hospital outside Malaysia as a consequence of a Medical Emergency.
- (b) An Insured Person upon recommendation of a Physician and has to be transferred to a Hospital outside Malaysia because the specialised nature of the treatment, aid, information or decision required can neither be rendered nor furnished nor taken in Malaysia.

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

3.19 Ownership of Policy

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

3.20 Period Of Cover And Renewal

This Policy shall become effective as of the date stated in the Schedule. The Policy Anniversary shall be one (1) year after the effective date and annually thereafter. On each such anniversary, this Policy is renewable at the premium rates in effect at that time and any change in the renewal premium shall be notified in writing at least thirty (30) days before change is effective.

This Policy is renewable at the option of the Company. Application for change of benefits to a higher plan can only be made on renewal and is subject to acceptance by the Company upon Renewal.

3.21 Portfolio Withdrawal Condition

The Company reserves the right to cancel the portfolio as a whole if it decides to discontinue underwriting this insurance product.

Cancellation of the portfolio as a whole shall be given within thirty (30) days in writing to the Policyholder and the Company will run off all policies to expiry of the period of cover within the portfolio.

3.22 Proof of Claim

The Company requires as part of the proof of claim, original bills and receipts with respect to Hospital confinement and the charges and fees incurred.

3.23 Residence Overseas

No benefit whatsoever shall be payable for any medical treatment received by the Insured Person outside Malaysia, if the Insured Person resides or travels outside Malaysia for more than ninety (90) consecutive days.

3.24 Subrogation

If the Company shall become liable for any payment under this Policy, the Company shall be subrogated to the extent of such payment to all the rights and remedies of the Insured Person against any party and shall be entitled at its own expense to sue in the name of the Insured Person. The Insured Person shall give or cause to be given to the Company all such assistance in his/her power as the Company shall require to secure the rights and remedies and at the Company's request shall execute or cause to be executed all documents necessary to enable the Company to effectively to bring suit in the name of the Insured Person.

3.25 Take-over Policies

If this policy shall have commenced immediately upon termination of a preceding Policy and if an Insured Person shall have been afflicted with a medical Disability prior or at the time this policy started (and benefits under the preceding policy would have been available to him), such Insured Person shall continue to be covered for the existing Disability, but not to exceed the limits of the previous Policy on condition the Company has secured a copy of the preceding policy.

3.26 Upgraded Policies

If the Eligible Benefits to any Insured Person under the terms of this Policy be increased while it is in force or at the time of Renewal or replacement and if such Insured Person shall have been afflicted with a Disability prior or at the time the Benefits were increased, the Limits of Benefits payable in respect of such Disability shall not exceed the Limit of Benefits prior to the date the Benefits were upgraded.

3.27 Upgraded Room and Board Co-Payment

If the Insured Person is hospitalized at a published Room and Board rate which is higher than his/her eligible benefit, the Insured Person shall bear 20% of the other eligible benefits described in the Schedule of Benefits.

3.28 Waiting Period

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

3.29 Duty of Disclosure

- (a) Consumer Insurance Contract
Pursuant to Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if the Insured Person had applied for this Insurance wholly for purposes unrelated to the Insured Person's trade, business or profession, the Insured Person had a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in the Proposal Form and all the questions required by the Company fully and accurately and also disclose any other matter that the Insured Person knows to be relevant to the Company's decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied, otherwise it may result in avoidance of contract, claim denied or reduced, terms changed or varied, or contract terminated. This duty of disclosure continued until the time the contract was entered into, varied or renewed.
- (b) Non-Consumer Insurance Contract
Pursuant to Paragraph 4(1) of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if the Insured Person had applied for this Insurance for purposes related to Insured Person's trade, business or profession, the Insured Person had a duty to disclose any matter that the Insured Person knows to be relevant to the Company's 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 contract, claim denied or reduced, terms changed or varied, or contract terminated. This duty of disclosure continued until the time the contract was entered into, varied or renewed.

- (c) The Insured Person also has a duty to tell the Company immediately if at any time, after this Policy contract has been entered into, varied or renewed with the Company, any of the information given for this Policy contract is inaccurate or has changed.

3.30 Applicable Tax

In the event that any sales and services tax, value added tax or any similar tax and any other duties, taxes, levies or imposts (collectively **"Applicable Tax"**) whatsoever are introduced by any authority and are payable under the laws of Malaysia in connection with any supply of goods and/or services made or deemed to be made under this Policy, We will be entitled to charge any Applicable Tax as allowed by the laws of Malaysia. Such Applicable Tax payable shall be paid in addition to the applicable premiums and other charges. All provisions in this Policy on payment of premiums and default hereof shall apply equally to the Applicable Tax.

4. Description of Benefits – Rider

4.1 Outpatient General Practitioner (GP)

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:

4.1.1 Consultation

Covers the consultation charges by a GP at a panel clinic only. Dietician services are not covered.

4.1.2 Medication

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

4.1.3 Injection

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

4.1.4 Diagnostic Lab/X-ray Procedures

Covers the cost of laboratory and x-ray procedures done at a GP's clinic in accordance to the Disability treated. Ultrasound / sonatron / heat therapy is not covered under this benefit.

4.1.5 Outpatient Surgical Procedure

Covers for procedures done by a GP at the panel clinic.

4.2 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 GP 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 GP's panel clinic.

This benefit does not cover routine medical examinations.

The benefit covers:

4.2.1 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.

4.2.2 Medication

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

4.2.3 Injection

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

4.2.4 Diagnostic Lab/X-ray Procedures

Covers the cost of laboratory and x-ray procedures done by a Specialist in accordance to the Disability treated.

4.2.5 Outpatient Specialist procedures

Covers for procedures done by a Specialist in his/her clinic on an Outpatient basis. The benefits stated hereunder are subject to the limits of the Schedule of Benefits.

5. Special Provisions

5.1 Eligibility

Those eligible for insurance under this Policy from the commencement date of this Policy are the present and future full-time of Employees of the Employer actively at work as at the date of eligibility and who are below sixty five (65) years of age.

Future full-time employees actively at work as at the date of eligibility will be eligible to participate in the insurance according to the date mentioned in the Employee Enrollment Form.

If an Employee is not actively engaged at his/her occupational class of work on the date that he/she would otherwise be eligible in accordance with the above-mentioned requirements, his/her eligibility date will be deferred to the first (1st) day of the month immediately following his/her return to active full-time work.

Dependents who are eligible to be insured shall, from time to time this Policy is in force, be included in this Policy if:

- The Company requests such inclusion;
- The Dependents are eligible to be insured in accordance with the terms and standards of acceptance by the Company;
- A legally married spouse who are below sixty five (65) years of age;
- Unmarried children who had attained the age of fifteen (15) years old but under twenty (20) years of age or twenty four (24) years of age if still receiving full time higher education and who are not gainfully employed.

6. General Provisions

6.1 Automatic Addition/Deletion/Change Status

Addition of new employee and/or their dependent (i.e. upon employment, confirmation of employment, marriage, birth of child, etc), is as stated in **General Provisions 6.4**. Deletion of existing employees and/or dependent (i.e. upon resignation, termination of employment, divorce or death), is as stated in **General Provisions 6.10**. Any change in employee status (i.e. promotion) must be notified to the Company in advance or within sixty (60) days from the Member's effective date of coverage.

6.2 Change of Benefits and Coverage

Application for Change of Benefits to a higher Plan and/or Coverage to include Spouse and/or Dependent(s) can only be made on Policy Anniversary Date, and is subject to satisfactory evidence of insurability and acceptance by the Company. The Claim payable (in cases where plan is upgraded to a higher benefit) shall be computed based on the limit of benefits under the old plan if:

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

6.3 Contract

This Policy, any supplementary benefits or endorsements thereto, and the Application attached hereto, and made a part hereof, constitutes the entire contract between the parties hereto. All statements made by the Employer or by any person insured hereunder shall, in the absence of fraud or non-disclosure of material facts, be deemed representation and not warranties and no such statements shall make void this Policy or be used in defence of a claim hereunder.

No agent is authorized to make or modify this contract, or extend the time of payment of premium, to waive any lapse or forfeiture or waive any of the Company's rights or requirements or to bind the Company's by making any promise or by accepting any representation or information not contained herein.

Only authorized personnel of the Company has the power on its behalf to issue permits or to extend the time for making any premium payment thereon. The Company shall not be bound by any promise or representation given by any person other than authorized personnel from the Company and only in writing.

6.4 Effective Date of Individual Insurance

Subject to any evidence of health as stipulated in **General Provisions 6.11** hereof, the insurance of each present and future eligible employee shall take effect on the employee's eligibility date provided the Employer notifies the Company within sixty (60) days after eligibility date and pays the premium required on the Employee's insurance for the period from the effective date of the insurance to the following Renewal Date. If the Company is notified after sixty (60) days from the eligibility date, the insurance shall take effect on the date the Company receives notification, subject to satisfactory evidence of insurability and acceptance by the Company.

Subject to any evidence of health as stipulated in **General Provisions 6.11** hereof, the insurance of a Dependent shall take effect on the dependent's eligibility date, provided the Employer notifies the Company within sixty (60) days after the eligibility date and pays the premium required on the dependent's insurance for the period from the effective date of the insurance to the following Renewal Date. If the Company

is notified after sixty (60) days from the eligibility date, the insurance shall take effect on the date the Company receives notification, subject to satisfactory evidence of insurability and acceptance by the Company.

6.5 Participation Requirement

This insurance is afforded on a non-contributory basis, where the premium payments are borne solely by the Employer, the persons eligible for insurance shall all be present and/or future permanent full-time employees of the Employer.

6.6 Payment of Premiums

All payments under this Policy shall be made in the legal currency of Malaysia. Should any payment be requested by the Insured Person to be payable in any other currency, then such amount shall be payable in the demand currency as may be purchased in Malaysia at the prevailing currency market rates on the date of the claim settlement.

6.7 Record

The Employer shall furnish periodically to the Company, information relating to new employees and dependents to be insured and termination of insurance of Employees and Dependents that may be required by the Company to administer the coverage. Upon request by the Company, not more than once a year, the Employer shall furnish a statement to the Company of the ages, occupations and such other relevant data concerning the Employees as may reasonably be considered to have a bearing on the administration of the coverage and on the determination of the future premium rates. Such information and records shall be open for inspection by the Company at any reasonable time.

6.8 Renewal Privilege

This Policy is issued on a yearly renewable basis and may be renewed from year to year subject to the consent of the Company and its provisions as therein contained.

6.9 Special Conditions

The following conditions will be applicable to all Insured Persons and their Dependents, if any:

- (a) There will be a waiting period of thirty (30) days from the commencement date of insurance for Sickness benefits;
- (b) No benefits will be payable if hospitalization and/or Illness commence within this period;
- (c) Coverage for accidental bodily Injuries will, however, be effective upon the commencement of insurance.

6.10 Termination of Individual Insurance

The insurance of an insured Employee shall terminate on the earliest happening of any of the following:

- (a) On the date of termination of employment with the Employer.

The absence of an insured Employee from active work on account of Disability or on account of leave of absence or temporary lay-off shall not constitute termination of the Employee's status as an eligible employee unless and until the Employer shall either notify the Company of such termination, in advance or within thirty (30) days from the termination date or shall cease to make premium payment on account of such Employee's Insurance. The Employee's last day of coverage under this insurance scheme will be the Employee's termination date of employment provided no claims have been paid on behalf of the Employee during this period. If claims have been paid during this period or if the Company was notified after thirty (30) days, then the Employee's coverage date will cease on the date the Company was notified of the Employee's termination. However, in no

event shall an Employee's status as an eligible employee be continued for longer than three (3) months during any period of leave of absence or temporary lay-off unless with the written consent of the Company without which, at the end of such period the Employee's status as an eligible employee shall automatically terminate. Notwithstanding the above, the insurance shall not be continued in any case for an Employee who is called up for full-time military service, in which case the Employee is deemed to be no longer in the service of the Employer; or

- (b) On the date when premium payments for an insured Employee's insurance are discontinued for any cause; or
- (c) On the date of termination of this Policy by either the Employer or the Company; or
- (d) At the end of the policy year following an insured Employee and Dependent, if any, attaining sixty-five (65) years of age.

The insurance of an insured Employee's Dependent shall terminate:

- (a) On the date of termination of the insurance afforded to the insured Employee; or
- (b) On the date such Dependant ceases to be a Dependent as defined herein.

6.11 Evidence of Health

Satisfactory evidence of health shall be required by the Company before an Employee and Dependent, if any, is accepted for insurance and is also required in the case of an increase in hospitalization benefits for the insured Employee and Dependent. If the result of medical examination proves to be unsatisfactory, the Company may accept the insurance in other than the usual terms or decline the insurance for the Employee and/or Dependent.

6.12 Premiums

The annual premium rates under the respective plans for Employees and their Dependents, if any, are as per Schedule attached.

All premiums on this Policy are to be paid to the Head Office of the Company in Malaysia, or to the Branch Offices of the Company designated by the Company for this purpose.

The first premium (i.e. the Policy Annual Premium) shall be paid on the commencement date of this Policy and thereafter on the commencement date of the next billing cycle. Subsequent premiums (i.e. Endorsement/Adjustment Billing Premiums) shall be paid on the premium due date. The payment of any premium shall not maintain the insurance under this Policy in force beyond the date when the next premium becomes due and payable except as provided in the attached Schedule.

All insurance hereunder shall terminate upon the premium due date if written notice that this Policy will not be renewed is given to the Company by the Employer on or before the said due date.

The Company will furnish the Employer with a Billing Statement of each premium due, which shall include a record of premium adjustment, if any. Premium adjustments involving return of unearned premiums to the Employer shall be limited to the period of twelve (12) months immediately preceding the date of receipt by the Company of evidence that such adjustments should be made, but not later than thirty (30) days from the expiry date of the policy.

The premium rates shall be reviewed on a yearly basis and subject to adjustment, if required, based on the experience of the Allianz Care - SMI portfolio. However, Company would review renewal rates on an individual basis if required instead of the group as a whole. This would be based on satisfactory of health condition.

6.13 Co-Ordination of Benefits

The benefits stated hereunder are subject to the limits of the Schedule of Benefits and in compliance with the "ACT".

- (a) No benefits shall be payable for any Disability arising out of injury while in the course of employment when benefits are received under Workmen's Compensation Ordinance, SOCSO or similar legislation unless such benefits do not fully cover incurred charges which are covered under the Policy;
- (b) No benefits shall be payable for charges which have already been received under other medical insurance or government plans except for charges which are not fully covered under such plans;
- (c) If an Insured Person is transferred from a Government Hospital to a Private Hospital (or vice-versa) for the same Disability, the combined aggregate of eligible expenses incurred from both Hospitals shall be allocated and appropriated to the relevant Schedule of Benefits and benefit limits applicable to the latter (second) Hospital that the Insured Person is transferred to;
- (d) If an Insured Person is transferred from Ambulatory Care (outpatient setting) to In-Hospital Care (inpatient setting) or vice-versa for the same Disability, the Insured Person shall be entitled to claim separately for both benefits under the respective benefit limits stated in the Schedule of Benefits.

7. 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 of reinstatement whichever is latest except for accidental Injuries.
4. Plastic/Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness (Radial Keratotomy 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 sanatoria 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, bonesetting, 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.

8. 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 (1) 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 sequel, 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 of 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.

9. Limitations

- (a) No benefit shall be payable with respect to any period of Hospital confinement unless the entire confinement and all the special Hospital services rendered and operations performed, if any, had been recommended and approved by a legally qualified medical practitioner;
- (b) No benefit shall be payable if the Hospital confinement upon which the claim is based is not related to the diagnosis and treatment of the condition for which Hospital confinement is required by the attending medical practitioner;
- (c) No benefit is payable for charges, fees or expenses not mentioned under **Part 2** hereof.

Important

The Policyholder shall read this Policy carefully, and if any error or misdescription be found herein, or if the cover is not in accordance with the wishes of the Policyholder, notice should at once be given to the Company and this Policy returned for amendment.

To Attach Schedule Here /
Kepilkan Jadual Di Sini

ALLIANZ CARE – SMI

BAHAWASANYA Orang Yang Diinsuranskan atau Pemegang Polisi menerusi sebuah permohonan dan perisytiharan yang akan menjadi asas bagi kontrak ini dan disifatkan sebagai terkandung di dalam perjanjian ini telah memohon **Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad 200601015674 (735426-V)** (kemudian dari ini digelar "Syarikat") bagi insurans yang terkandung kemudian dari ini dan telah membayar premium yang dinyatakan dalam Jadual sebagai balasan bagi insurans tersebut untuk tempoh yang disebut dalam perjanjian ini.

Walaupun berdasarkan sebarang peruntukan di dalam Polisi ini, **asas kontrak** di atas adalah tidak terpakai kepada Orang Yang Diinsuranskan yang merupakan seorang individu yang membuat, mengubah atau memperbaharui kontrak insurans **sepenuhnya bagi tujuan yang tidak berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion Orang Yang Diinsuranskan**

MAKA POLISI INSURANS INI MENYAKSIKAN BAHAWA, jika semasa dalam Tempoh Insurans, apa-apa kesakitan, Penyakit, penderitaan atau kecederaan akibat Kemalangan memerlukan Orang Yang Diinsuranskan tinggal di sebuah hospital untuk rawatan, Syarikat akan tertakluk pada terma dan syarat dan diendors pada Polisi ini, bayar kepada Orang Yang Diinsuranskan atau wakil peribadinya yang sejumlah atau jumlah-jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Dengan syarat sentiasa bahawa:

- (a) Liabiliti Syarikat tidak melebihi Had Tahunan Keseluruhan yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat bagi mana-mana satu Tempoh Insurans bagi mana-mana satu Orang Yang Diinsuranskan dan mematuhi jadual fi – Fi Profesional yang ditetapkan dalam Jadual Ketiga Belas di bawah AKTA Kemudahan dan Perkhidmatan Penjagaan Kesihatan Swasta 1998 (Kemudahan Hospital Swasta dan Penjagaan Kesihatan Swasta Lain) Peraturan 2006 (kemudian dari ini dirujuk sebagai AKTA);
- (b) Polisi ini akan berkuat kuasa dari tarikh yang disebut di dalam Jadual. Polisi ini akan dikeluarkan untuk setahun dan di akhir setiap Tempoh Insurans boleh diperbaharui untuk setahun lagi tertakluk pada terma dan syarat yang dikemukakan;
- (c) Sekiranya berlaku apa-apa perubahan dalam Undang-Undang atau penggantian perundangan lain maka Polisi ini akan kekal berkuat kuasa tetapi liabiliti Syarikat adalah terhad pada jumlah sebagaimana Syarikat sepatutnya bertanggungjawab untuk bayar sekiranya Undang-Undang tidak dipinda.

1. TAKRIF

- 1.1 KEMALANGAN** hendaklah bermaksud kejadian yang berlaku secara tiba-tiba, tidak disengajakan, tidak dijangka, luar biasa dan yang tertentu pada masa dan di tempat yang dikenal pasti, yang hendaklah, tanpa bergantung pada apa-apa sebab lain, menjadi satu-satunya sebab bagi kecederaan anggota badan.
- 1.2 RAWATAN PERGIGIAN AKIBAT KEMALANGAN** hendaklah bermaksud prosedur pergigian yang perlu akibat sesuatu kemalangan.
- 1.3 KERJA SEPENUH MASA SECARA AKTIF** hendaklah bermaksud menggunakan masa dan tenaga dengan sepenuhnya untuk berkhidmat kepada Majikan di tempat perniagaan yang lazim digunakan oleh Majikan tadi secara tetap dan berjadual yang mana setiap tugas yang dijalankan ada kaitan dengan Kakitangan beliau, tetapi seseorang Kakitangan itu akan dianggap bekerja sepenuh masa secara aktif pada setiap hari apabila beliau diberi cuti bergaji ataupun pada sesuatu hari biasa beliau tidak bekerja apabila beliau bukan di dalam keadaan Hilang Upaya atau dimasukkan ke Hospital, dengan syarat beliau telah bekerja sepenuh masa secara aktif pada hari biasa terakhir sebelumnya.

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

1.5 KETERTERAPAN hendaklah bermaksud perkhidmatan dan hak-hak (ke atas pembayaran ganti tertakluk kepada had maksimum yang disebutkan dalam Jadual Manfaat) dalam perkara Kemasukan di Hospital dan Penjagaan ambulatori yang diguna pakai di serata dunia, tertakluk kepada berikut:

- (a) Apabila pekerja atau tanggungannya adalah penduduk Malaysia sedangkan Orang Yang Diinsuranskan itu kerap berada di luar Malaysia (untuk bekerja atau bersantai) kurang daripada sembilan puluh (90) hari kalendar apabila beliau memerlukan perkhidmatan atau rawatan perubatan di atas sebab-sebab kecemasan atau kemalangan; atau
- (b) Apabila perkhidmatan perubatan yang diperlukan tidak terdapat di Malaysia. Maka, surat rujukan daripada doktor merawat yang memperakui bahawa perkhidmatan atau rawatan seperti itu tidak terdapat di Malaysia, tertakluk kepada kelulusan daripada Syarikat.

1.6 ANAK hendaklah bermaksud mana-mana orang yang telah mencapai umur lima belas (15) hari dan tidak berkahwin, yang bergantung dari segi kewangan pada Orang Yang Diinsuranskan dan berumur kurang daripada dua puluh (20) tahun atau hingga dua puluh empat (24) tahun bagi mereka yang didaftarkan sebagai pelajar sepenuh masa di institusi pengajian yang diiktiraf.

1.7 PENYAKIT KONGENITAL hendaklah bermaksud apa-apa keabnormalan perubatan atau fizikal yang wujud sejak lahir, dan juga keabnormalan fizikal neonatal yang berkembang dalam tempoh enam (6) bulan dari tarikh kelahiran. Ini termasuk semua jenis hernia dan epilepsi kecuali disebabkan oleh trauma yang berlaku selepas tarikh Orang Yang Diinsuranskan dilindungi secara berterusan di bawah Polisi ini.

1.8 PEMBEDAHAN HARIAN

Pesakit yang perlu menggunakan kemudahan pemulihan untuk prosedur pembedahan yang dirancang terlebih dahulu di Hospital/klinik pakar (tetapi bukan untuk bermalam).

1.9 DOKTOR GIGI hendaklah bermaksud orang yang berlesen atau berdaftar sewajarnya untuk mengamalkan pergigian dalam kawasan geografi yang menyediakan khidmat, tetapi tidak termasuk Doktor Gigi yang merupakan Orang Yang Diinsuranskan itu sendiri.

1.10 TANGGUNGAN hendaklah bermaksud mana-mana orang yang berikut:

- (a) Suami/isteri yang berkahwin secara sah;
- (b) Anak yang tidak berkahwin yang telah mencapai umur lima belas (15) hari tetapi kurang daripada dua puluh (20) tahun atau dua puluh empat (24) tahun bagi yang masih menjadi pelajar sepenuh masa di pusat pengajian tinggi, dan yang tidak mempunyai pekerjaan bergaji.

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

1.12 DOKTOR ATAU PAKAR PERUBATAN ATAU PAKAR BEDAH hendaklah bermaksud pengamal perubatan berdaftar yang layak dan berlesen untuk mengamalkan perubatan barat dan yang semasa memberikan rawatan itu, mengamalkannya mengikut skop pelesenan dan latihannya di kawasan geografi profesion tersebut diamalkan, tetapi tidak termasuk Doktor, Pakar Perubatan atau Pakar Bedah yang merupakan Orang Yang Diinsuranskan itu sendiri.

- 1.13 PERBELANJAAN YANG LAYAK** hendaklah bermaksud belanja yang Perlu Dari Segi Perubatan yang ditanggung disebabkan oleh Hilang Upaya yang dilindungi tetapi tidak melebihi had manfaat dalam Jadual.
- 1.14 KECEMASAN** hendaklah bermaksud rawatan yang penting dalam keadaan yang mana perhatian perubatan yang segera diperlukan dalam masa dua belas (12) jam bagi Kecelakaan, Penyakit atau sebarang gejala yang tiba-tiba dan tenat yang boleh mengancam nyawa ahli (contohnya kemalangan dan serangan jantung) atau menjejaskan kesihatan yang ketara.
- 1.15 HOSPITAL** hendaklah bermaksud hanya pertubuhan yang ditubuhkan dan didaftarkan sewajarnya sebagai Hospital untuk jagaan dan rawatan orang yang sakit dan cedera sebagai pesakit atas katil berbayar, dan yang:
- Mempunyai kemudahan untuk diagnosis dan pembedahan utama;
 - Menyediakan khidmat jagaan dua puluh empat (24) jam sehari oleh jururawat berdaftar dan bersiswazah;
 - Di bawah penyeliaan Pakar Perubatan; dan
 - Bukan klinik; tempat untuk orang ketagih alkohol dan dadah; pusat jagaan atau rumah pemulihan atau rumah orang tua atau pertubuhan yang serupa.
- 1.16 PENGHOSPITALAN** hendaklah bermaksud dimasukkan ke Hospital sebagai pesakit dalam yang berdaftar untuk rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan bagi Hilang Upaya yang dilindungi apabila disyorkan oleh Pakar Perubatan. Pesakit tidak boleh dianggap sebagai pesakit dalam jika pesakit tidak tinggal di Hospital secara fizikal sepanjang tempoh dimasukkan ke Hospital.
- 1.17 KECEDERAAN** hendaklah bermaksud kecederaan anggota badan yang semata-mata disebabkan oleh Kemalangan.
- 1.18 ORANG YANG DIINSURANSKAN** hendaklah bermaksud orang yang dinyatakan dalam Jadual Polisi termasuk Tanggungannya (jika berkenaan).
- 1.19 UNIT RAWATAN RAPI** hendaklah bermaksud satu bahagian di Hospital yang dinamakan sebagai Unit Rawatan Rapi oleh Hospital, dan yang diselenggara dua puluh empat (24) jam hanya untuk rawatan bagi pesakit dalam keadaan kritikal dan dilengkapi khidmat jagaan dan perubatan khas yang tidak disediakan di mana-mana bahagian lain Hospital itu.
- 1.20 HOSPITAL KERAJAAN MALAYSIA** hendaklah bermaksud Hospital yang bayaran khidmatnya tertakluk kepada Akta Fi 1951, Perintah Fi (Perubatan) 1982 dan/atau pindaan berikutnya jika ada.
- 1.21 PERLU DARI SEGI PERUBATAN** hendaklah bermaksud khidmat perubatan yang:
- Selaras dengan diagnosis dan rawatan perubatan biasa bagi Hilang Upaya yang dilindungi; dan
 - Menurut piawai amalan perubatan yang baik, selaras dengan piawai semasa bagi rawatan perubatan profesional, dan juga dengan manfaat kesihatan yang sah; dan
 - Bukan untuk kemudahan Orang Yang Diinsuranskan atau Pakar Perubatan, dan tidak dapat diperoleh sewajarnya di luar Hospital (jika dimasukkan ke wad sebagai pesakit dalam); dan
 - Bukan berbentuk eksperimen, penyelidikan atau kajian, pencegahan atau penyaringan; dan
 - Yang bayarannya berpatutan, munasabah dan biasa diamalkan bagi Hilang Upaya itu.
- 1.22 AHLI** bermaksud sama ada Kakitangan atau Tanggungan.
- 1.23 HAD TAHUNAN KESELURUHAN**
- Manfaat yang dibayar bagi belanja yang dikenakan untuk rawatan yang diberikan kepada Orang Yang Diinsuranskan dalam Tempoh Insurans hendaklah dihadkan mengikut Had Tahunan Keseluruhan seperti yang dinyatakan dalam Jadual
- Manfaat tanpa mengira jenis Hilang Upaya. Jika Had Tahunan Keseluruhan telah dibayar, maka semua insurans untuk Orang Yang Diinsuranskan di bawah ini hendaklah dihentikan bayarannya serta-merta bagi baki Tahun Polisi tersebut.
- 1.24 PESAKIT LUAR** hendaklah bermaksud Orang Yang Diinsuranskan yang menerima jagaan atau rawatan perubatan tanpa dimasukkan ke Hospital dan termasuk rawatan di pusat Rawatan Harian.
- 1.25 PEMEGANG POLISI** hendaklah bermaksud orang atau badan korporat yang kepadanya Polisi dikeluarkan bagi melindungi orang yang secara khusus dikenal pasti sebagai Orang Yang Diinsuranskan dalam Polisi ini.
- 1.26 TAHUN POLISI** hendaklah bermaksud tempoh satu (1) tahun termasuk tarikh mula kuat kuasa Insurans dan sebaik sahaja selepas tarikh itu, atau tempoh satu (1) tahun selepas Polisi Pembaharuan atau Polisi Diperbaharui.
- 1.27 MASALAH-MASALAH PRAWUJUD** hendaklah bermaksud Hilang Upaya yang diketahui sewajarnya oleh Orang Yang Diinsuranskan. Orang Yang Diinsuranskan dianggap mengetahui sewajarnya keadaan sedia ada itu apabila:
- Orang Yang Diinsuranskan telah atau sedang menerima rawatan;
 - Nasihat perubatan, diagnosis, jagaan atau rawatan yang telah disyorkan;
 - Gegala yang jelas dan tepat dapat atau telah dilihat dengan nyata; atau
 - Kewujudannya dapat diperhatikan dengan jelas bagi orang yang mengalami keadaan itu.
- 1.28 UBAT YANG DIPRESKRIPSIKAN** hendaklah bermaksud ubat yang diberikan oleh Pakar Perubatan, Ahli Farmasi Berdaftar atau Hospital dan yang dipreskripsikan oleh Pakar Perubatan atau Pakar bagi rawatan Hilang Upaya yang dilindungi.
- 1.29 BAYARAN MUNASABAH DAN BIASA DIAMALKAN** hendaklah bermaksud bayaran rawatan perubatan yang perlu dari segi perubatan, yang dianggap munasabah dan biasa diamalkan selagi bayaran itu tidak melebihi had biasa bayaran yang dibuat oleh pihak lain yang sama kedudukannya di tempat bayaran itu dikenakan, apabila memberikan rawatan, khidmat atau bekalan seumpamanya atau yang serupa kepada individu dengan jantina yang sama dan kategori umur yang sama untuk Sakit, Penyakit atau Kecelakaan serta selaras dengan piawai dan amalan perubatan yang diterima dan tidak boleh diabaikan tanpa menjejaskan keadaan perubatan Orang Yang Diinsuranskan.
- 1.30 POLISI PEMBAHARUAN ATAU POLISI DIPERBAHARUI** hendaklah bermaksud Polisi yang telah dibaharui tanpa apa-apa tempoh luput sebaik sahaja tamatnya tempoh setelah Polisi sebelumnya dengan kandungan yang sama tamat tempoh.
- 1.31 SAKIT, WABAK ATAU PENYAKIT** hendaklah bermaksud keadaan fizikal yang ditunjukkan dari segi patologi berbeza daripada keadaan kesihatan yang normal.
- 1.32 PAKAR** hendaklah bermaksud pengamal perubatan atau pergigian yang berdaftar dan berlesen sewajarnya di kawasan geografi yang khidmat tersebut diberikan, dan yang diklasifikasikan oleh pihak berkuasa kesihatan yang berkenaan sebagai orang yang mempunyai kepakaran yang tinggi dan khusus dalam bidang perubatan atau pergigian yang tertentu, tetapi tidak termasuk Pakar Perubatan atau Pakar Bedah yang merupakan Orang Yang Diinsuranskan itu sendiri.
- 1.33 PENYAKIT TERTENTU** hendaklah bermaksud Hilang Upaya berikut dan komplikasi yang berkaitan dengannya, yang wujud dalam tempoh satu ratus dua puluh (120) hari pertama Insurans bagi Orang Yang Diinsuranskan:
- Hipertensi, diabetes melitus dan Penyakit kardiovaskular;
 - Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu dalam sistem kencing dan biliari;

- (c) Semua Penyakit telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak;
- (d) Hernia, hemoroid, fistula, hidrosele, varikosele;
- (e) Endometriosis termasuk Penyakit sistem pembiakan;
- (f) Gangguan spina vertebro (termasuk diska) dan Penyakit lutut.

1.34 PEMBEDAHAN hendaklah bermaksud mana-mana prosedur perubatan yang berikut:

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

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

2. Jenis Manfaat

Manfaat yang dinyatakan menurut dokumen ini adalah tertakluk pada had Jadual Manfaat dan mematuhi "AKTA".

2.1 Bilik Hospital Dan Makan

(a) Bilik Biasa

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk penginapan di bilik dan makan. Jumlah manfaat hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh Hospital semasa Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke Hospital, tetapi manfaat tidak boleh melebihi, bagi mana-mana satu hari, kadar Manfaat Bilik dan Makan, dan bilangan maksimum satu ratus dua puluh (120) hari seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Orang Yang Diinsuranskan hanya layak menerima manfaat ini apabila dimasukkan ke Hospital sebagai pesakit dalam.

(b) Unit Rawatan Rapi

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Diamalkan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk bilik dan makan yang sebenarnya ditanggung semasa dimasukkan ke Hospital sebagai pesakit dalam di Unit Rawatan Rapi Hospital. Bayaran manfaat ini hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh Hospital tertakluk kepada manfaat maksimum bagi mana-mana satu hari, dan bilangan maksimum hari, seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Apabila tempoh dimasukkan ke Hospital di Unit Rawatan Rapi melebihi tempoh maksimum dua puluh (20) hari yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat, maka pembayaran balik akan dihadkan kepada kadar Bilik dan Makan Harian Hospital.

Manfaat Bilik dan Makan Hospital tidak boleh dibayar bagi tempoh dimasukkan ke hospital tersebut apabila Manfaat Unit Rawatan Rapi Harian dibayar.

2.2 Bekalan Dan Kidmat Hospital

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang sebenarnya ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk jagaan am, dadah dan ubat yang

dipreskripsikan dan dimakan, pencucian dan pembalutan luka, anduh, acuan plaster, sinar-x, pemeriksaan makmal, elektrokardiogram, fisioterapi, ujian metabolisma basal, suntikan dan larutan intravena, pemberian darah dan plasma darah, tetapi tidak termasuk kos darah dan plasma semasa Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke Hospital sebagai pesakit dalam di Hospital, hingga jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

2.3 Bayaran Pembedahan

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk pembedahan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar, termasuk lawatan penilaian prapembedahan Orang Yang Diinsuranskan oleh Pakar dan rawatan selepas pembedahan sehingga maksimum enam puluh (60) hari dari tarikh pembedahan, tetapi dalam tempoh maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Jika lebih daripada satu pembedahan dijalankan bagi Mana-mana Satu Hilang Upaya, jumlah bayaran untuk semua pembedahan yang dijalankan, tidak boleh melebihi jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

2.4 Bayaran Pakar Bius

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

2.5 Bilik Bedah

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk Bilik Bedah yang berkaitan dengan prosedur pembedahan.

2.6 Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan oleh Pakar Perubatan untuk lawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan ke atas pesakit dalam berbayar semasa dimasukkan ke Hospital kerana Hilang Upaya bukan pembedahan tertakluk kepada maksimum satu (1) lawatan sehari tidak melebihi maksimum satu ratus dua puluh (120) hari yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

2.7 Ujian Diagnostik Prahospital

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk ECG, sinar-x dan ujian makmal yang Perlu Dari Segi Perubatan yang dijalankan di Hospital untuk tujuan diagnostik bagi Kecederaan atau Penyakit apabila berkaitan dengan Hilang Upaya sebelum dimasukkan ke Hospital dalam masa maksimum enam puluh (60) hari yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat dan yang disyorkan oleh pengamal perubatan yang layak. Bayaran tidak akan dibuat jika dalam khidmat diagnostik itu, Orang Yang Diinsuranskan tidak perlu dimasukkan ke Hospital untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu. Bayaran ubat dan rundingan yang dikenakan oleh pengamal perubatan tidak akan dibayar.

2.8 Rundingan Pakar Prahospital

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk rundingan kali pertama oleh Pakar yang berkaitan dengan Hilang Upaya dalam masa enam puluh (60) hari seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat sebelum dimasukkan ke Hospital, dan dengan syarat rundingan itu Perlu Dari Segi Perubatan dan telah disyorkan secara bertulis oleh pengamal perubatan am yang memberikan rawatan.

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

2.9 Pendapat Kedua Pembedahan

Satu amaun yang bersamaan dengan caj sebenar bagi perundingan atau pendapat Pakar kedua dalam masa enam puluh (60) hari dari hari pertama rundingan dengan Pakar yang pertama bagi menentukan sama ada pembedahan diperlukan memandangkan keadaan kesihatan Orang Yang Diinsuranskan, tertakluk kepada jumlah yang telah ditetapkan di dalam Jadual Manfaat. Manfaat ini hanya dibayar jika Orang Yang Diinsuranskan kemudian dimasukkan ke Hospital.

2.10 Rawatan Selepas Penghospitalkan

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dalam rawatan susulan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar Perubatan yang sama yang telah memberikan rawatan dalam enam puluh (60) hari dan jumlah maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital kerana Hilang Upaya bukan pembedahan. Ini hendaklah termasuk ubat yang dipreskripsikan dalam rawatan susulan tetapi tidak boleh melebihi bekalan yang diperlukan untuk maksimum enam puluh (60) hari seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

2.11 Rawatan Pesakit Luar Bagi Kemalangan Dan Kecemasan

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung hingga jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, bagi Kecelakaan anggota badan yang dilindungi yang timbul daripada Kemalangan untuk rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan sebagai pesakit luar di mana-mana klinik atau Hospital berdaftar dalam tempoh dua puluh empat (24) jam dari masa berlaku Kemalangan yang menyebabkan Kecelakaan anggota badan yang dilindungi. Rawatan susulan oleh Doktor yang sama atau klinik atau Hospital berdaftar yang sama untuk Kecelakaan anggota badan yang dilindungi yang sama akan disediakan hingga jumlah maksimum dan hingga jumlah maksimum enam puluh (60) hari seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

2.12 Prosedur Penjagaan Harian

Satu amaun yang bersamaan dengan caj sebenar yang dikenakan termasuk semua kos sampingan yang di levi oleh pihak Hospital atau Pusat Pakar Penjagaan Harian bagi prosedur penjagaan harian (Pembedahan dan Perubatan) yang dijalankan dalam persekitaran Pesakit Luar (tanpa kemasukan ke Hospital). Prosedur perubatan ini termasuk Endoskopi (semua jenis), Intravena Filografi (IVP/IVU), Kajian Barium dan Angiografi serta lain-lain prosedur diagnosis yang dianggap perlu bagi perubatan dan akan dirujuk oleh Doktor bertauliah terlebih dahulu.

2.13 Bayaran Ambulans (dijalan raya sahaja)

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

2.14 Elaun Tunai Harian Di Hospital Kerajaan

Bayaran elaun harian bagi setiap hari semasa berada di Hospital untuk Hilang Upaya yang dilindungi di Hospital Kerajaan Malaysia, dengan syarat Orang Yang Diinsuranskan dihadkan kepada kadar Bilik dan Makan yang tidak melebihi jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Bayaran tidak akan dibuat bagi mana-mana pemindahan ke atau dari mana-mana Hospital Swasta dan Hospital Kerajaan Malaysia bagi Hilang Upaya yang dilindungi.

2.15 Pembayaran Balik Yuran Laporan Perubatan

Satu amaun yang bersamaan dengan caj sebenar bagi sebarang Laporan Perubatan yang diperlukan akan dibayar

balik oleh Syarikat sehingga had maksimum bagi setiap kehilangan upaya seperti dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Ini boleh diguna pakai bagi sebarang tuntutan yang termasuk di bawah Faedah bagi Kemasukan ke Hospital dan Penjagaan Ambulatori.

2.16 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 Manfaat.

Rawatan itu (radioterapi atau kemoterapi tidak termasuk rundingan, ujian pemeriksaan, dadah yang dibawa pulang) hendaklah diterima di jabatan pesakit luar Hospital atau di pusat rawatan Kanser berdaftar sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital atau pembedahan.

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

- Karsinoma in situ termasuk pada serviks;
- Karsinoma duktus in situ pada payudara;
- Karsinoma papilari pada pundi dan kanser prostate peringkat 1;
- Semua kanser kulit kecuali melanoma malignan;
- Penyakit Hodgkin peringkat 1;
- 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.

2.17 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 Manfaat.

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

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

Menjadi syarat khas bagi 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.

2.18 Had Tahunan Keseluruhan

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

2.19 Elaun Belas Kasihan (disebabkan kemalangan sahaja)

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

3. Peruntukan-Peruntukan

3.1 Pindaan

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

3.2 Timbang Tara

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

3.3 Pembatalan

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

| Tempoh Tidak Boleh Melebihi | Bayaran Balik Premium Tahunan |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 15 hari* | 90% |
| 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

* Layak untuk pembaharuan Polisi sahaja.

3.4 Perakuan, Maklumat Dan Bukti

Semua sijil, maklumat, laporan dan bukti perubatan seperti yang dikehendaki oleh Syarikat hendaklah diserahkan atas belanja Orang Yang Diinsuranskan, dan dalam borang tertentu yang mungkin dikehendaki oleh Syarikat. Semua

notis apabila dikehendaki oleh Syarikat supaya diberikan oleh Pemegang Polisi, hendaklah secara bertulis dan dialamatkan kepada Syarikat. Orang Yang Diinsuranskan hendaklah, atas permintaan dan belanja Syarikat, menyerahkan kepada pemeriksaan perubatan apabila ia dianggap perlu.

3.5 Perubahan Dalam Risiko

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

3.6 Prosedur Tuntutan

- Orang Yang Diinsuranskan hendaklah dalam tempoh tiga puluh (30) hari Hilang Upaya yang melibatkan belanja boleh tuntutan, memberikan notis bertulis kepada Syarikat dengan menyatakan butiran lengkap kejadian tersebut, termasuk semua bil dan resit asal, serta laporan lengkap Pakar Perubatan yang menyatakan diagnosis keadaan yang dirawat dan tarikh Hilang Upaya bermula mengikut pendapat Pakar Perubatan dan rumusan kos rawatan oleh Pakar Perubatan termasuk ubat dan khidmat yang diberikan. Kegagalan memberikan notis tersebut dalam tempoh yang dibenarkan tidak boleh membatalkan apa-apa tuntutan jika ditunjukkan tidak munasabah untuk memberikan notis itu dan notis itu telah diberikan secepat yang mungkin;
- Orang Yang Diinsuranskan hendaklah mendapatkan dan bertindak berdasarkan nasihat perubatan yang sewajarnya dan Syarikat tidak bertanggungjawab jika rawatan atau khidmat diperlukan berikutan kegagalan Orang Yang Diinsuranskan berbuat demikian;
- Orang Yang Diinsuranskan hendaklah mengemukakan perincian terperinci caj / rawatan / ubat untuk Allianz untuk Pesakit Luar GP dan Pakar bagi tuntutan bayaran balik bemaun RM50.00 ke atas;
- Orang Yang Diinsuranskan hendaklah mengemukakan borang tuntutan diisi oleh Pakar menghadiri atau tuntutan Pakar Pesakit Luar di atas RM250.00.

3.7 Prasyarat Liabiliti

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

3.8 Sumbangan

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

3.9 Tempoh Bertenang

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

3.10 Mata Wang Bayaran

Semua bayaran di bawah Polisi ini hendaklah dibuat dalam mata wang Malaysia yang sah. Sekiranya apa-apa bayaran

yang diminta oleh Orang Yang Diinsuranskan supaya dibayar dalam mata wang lain, maka jumlah tersebut hendaklah dibayar dalam mata wang yang diminta seperti yang boleh dibeli di Malaysia pada kadar pasaran mata wang semasa pada tarikh penyelesaian tuntutan.

3.11 Wilayah Pasaran Geografi

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

3.12 Undang-undang Yang Mengawal Polisi

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

3.13 Tuntutan Tidak Lengkap

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

3.14 Prosiding Undang-Undang

Tindakan undang-undang atau ekuiti tidak boleh dibawa ke mahkamah untuk mendapatkan semula Polisi ini sebelum tamat tempoh enam puluh (60) hari selepas bukti bertulis tentang kerugian diberikan menurut keperluan Polisi ini. Jika Orang Yang Diinsuranskan gagal memberikan bukti kerugian yang diperlukan seperti yang dinyatakan oleh terma, peruntukan dan syarat Polisi, maka Orang Yang Diinsuranskan boleh, dalam tempoh bertenang bagi satu (1) tahun kalendar dari masa bukti bertulis bagi kerugian itu diberikan, menyerahkan bukti kerugian yang berkaitan kepada Syarikat dengan alasan yang kukuh kerana kegagalan mematuhi terma, peruntukan dan syarat Polisi. Penerimaan bukti kerugian itu adalah semata-mata dan sepenuhnya mengikut budi bicara Syarikat. Selepas tempoh bertenang itu tamat, Syarikat tidak akan menerima, walau dengan apa alasan sekalipun, bukti bertulis tentang kerugian itu.

3.15 Salah Nyata Atau Ketinggalan Fakta Penting

Tertakluk kepada kewajipan pendedahan Orang Yang Diinsuranskan yang berkaitan, jika sebarang jawapan, pendedahan atau pernyataan yang Orang Yang Diinsuranskan berikan, sebelum kontrak insurans ini dimeterai, diubah atau diperbaharui, dalam atau kepada mana-mana cadangan atau perakuan atau pertanyaan, yang dibuat secara sengaja atau melulu dari segenap segi; atau sebelum kontrak insurans ini dimeterai, diubah atau diperbaharui, Orang Yang Diinsuranskan gagal mendedahkan apa-apa fakta yang Orang Yang Diinsuranskan ketahui yang berkaitan dengan keputusan Syarikat untuk menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan; atau apa-apa tuntutan yang dibuat berbentuk penipuan atau ditokok-tambah, atau sebarang perakuan atau kenyataan palsu dibuat untuk menyokong tuntutan tersebut, maka dalam mana-mana hal di atas, Polisi ini adalah batal.

3.16 Silap Nyata Umur

Jika umur Orang Yang Diinsuranskan telah tersilap nyata dan akibatnya premium yang dibayar tidak mencukupi, maka apa-apa tuntutan yang dibayar di bawah Polisi ini hendaklah dikira secara pro rata berasaskan nisbah premium sebenar yang dibayar dengan premium yang betul yang sepatutnya dikenakan selama setahun. Apa-apa premium yang berlebihan, yang mungkin telah dibayar akibat silap nyata umur, hendaklah dibayar balik tanpa faedah.

Jika pada umur yang betul, Orang Yang Diinsuranskan itu tidak layak dilindungi di bawah Polisi ini, maka tiada manfaat akan dibayar.

3.17 Notis

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

3.18 Rawatan Luar Negara

Jika Orang Yang Diinsuranskan ingin mendapatkan rawatan luar negara, manfaat berkaitan rawatan hendaklah dilindungi tertakluk kepada pengecualian, had dan syarat yang ditetapkan dalam Polisi ini dan semua manfaat akan dibayar berdasarkan keputusan kadar pertukaran mata wang rasmi pada hari terakhir Tempoh Dimasukkan ke Hospital dan tidak termasuk kos pengangkutan ke tempat rawatan disediakan;

- (a) Orang Yang Diinsuranskan yang pergi ke luar negara atas sebab selain mendapatkan rawatan perubatan, perlu dimasukkan ke Hospital di luar Malaysia kerana Kecemasan Perubatan.
- (b) Orang Yang Diinsuranskan, atas syor Pakar Perubatan dan perlu dipindahkan ke Hospital di luar Malaysia disebabkan oleh jenis yang khusus bagi rawatan, bantuan, maklumat atau keputusan yang dikehendaki tidak boleh diberikan atau disediakan atau diambil di Malaysia.

Rawatan luar negara bagi Penyakit, sakit atau Kecelakaan yang didiagnosis di Malaysia dan keadaan bukan kecemasan atau kronik yang rawatannya boleh ditanggungkan sewajarnya hingga pulang ke Malaysia dikecualikan.

3.19 Pemilikan Polisi

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

3.20 Tempoh Perlindungan dan Pembaharuan

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

Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan Syarikat. Permohonan mengubah manfaat kepada pelan yang lebih tinggi hanya boleh dibuat pada masa membaharui Polisi dan tertakluk kepada penerimaan Syarikat pada masa pembaharuan.

3.21 Syarat Penarikan Balik Portfolio

Syarikat berhak membatalkan portfolio secara keseluruhan jika ia memutuskan untuk menghentikan penanggung jaminan produk insurans ini.

Pembatalan portfolio secara keseluruhan hendaklah diberitahu dalam masa tiga puluh (30) hari melalui notis bertulis kepada Pemegang Polisi dan Syarikat akan menghentikan semua Polisi hingga ke tarikh tamat tempoh perlindungan dalam portfolio.

3.22 Bukti Tuntutan

Syarikat memerlukan sebagai sebahagian daripada bukti tuntutan, bil-bil dan resit-resit asli berhubung dengan penginapan di Hospital serta caj-caj dan fi-fi yang ditanggung.

3.23 Tinggal Di Luar Negara

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

3.24 Subrogasi

Jika Syarikat itu menjadi bertanggung untuk membuat apa-apa bayaran di bawah Polisi ini, Syarikat hendaklah mensubrogasi setakat bayaran itu ke atas semua hak dan remedi bagi Orang Yang Diinsuranskan terhadap mana-mana pihak dan berhak atas belanjanya sendiri membuat dakwaan atas perintah Orang Yang Diinsuranskan. Orang Yang Diinsuranskan hendaklah memberikan atau mengarahkan agar diberikan kepada Syarikat semua bantuan seumpamanya yang di bawah kuasanya seperti yang mungkin dikehendaki oleh Syarikat untuk menjamin hak dan remedi dan atas permintaan Syarikat, hendaklah melaksanakan atau menyebabkan dilaksanakan semua dokumen yang perlu bagi membolehkan Syarikat mengambil tindakan guaman secara berkesan atas perintah Orang Yang Diinsuranskan.

3.25 Pengambilalihan Polisi

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

3.26 Polisi Ditingkatkan

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

3.27 Bayaran Bersama Bilik Dan Makan Dinaikkan

Jika Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital pada kadar Bilik dan Makan yang diumumkan yang lebih tinggi daripada manfaat yang dia layak, Orang Yang Diinsuranskan hendaklah menanggung 20% daripada manfaat lain yang dia layak yang diterangkan dalam Jadual Manfaat.

3.28 Tempoh Tangguh

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

3.29 Kewajipan Pendedahan

- (a) Kontrak Insurans Pengguna
Menurut Perenggan 5 Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, sekiranya Orang Yang Diinsuranskan memohon Insurans ini sepenuhnya bagi tujuan yang tidak berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion Orang Yang Diinsuranskan, Orang Yang Diinsuranskan mempunyai kewajipan mengambil penjagaan munasabah supaya tidak membuat salah nyataan semasa menjawab soalan-soalan di dalam Borang Cadangan dan semua soalan-soalan yang dikehendaki oleh Syarikat dengan penuh dan

tepat serta mendedahkan apa-apa perkara lain yang Orang Yang Diinsuranskan ketahui ada berkaitan dengan keputusan Syarikat menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai, jika sebaliknya ini boleh menyebabkan kontrak terbatal, penolakan atau pengurangan tuntutan, penukaran terma atau penamatan kontrak. Kewajipan pendedahan ini berterusan sehingga masa kontrak tersebut dibuat, diubah atau diperbaharui.

- (b) Kontrak Insurans Bukan Pengguna
Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, sekiranya Orang Yang Diinsuranskan memohon Insurans bagi tujuan berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion Orang Yang Diinsuranskan, Orang Yang Diinsuranskan mempunyai kewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang Orang Yang Diinsuranskan tahu sebagai berkaitan dengan keputusan Syarikat dalam menerima risiko dan dalam menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai dan apa-apa perkara yang seorang yang munasabah dalam hal keadaan itu boleh dijangka untuk tahu sebagai berkaitan, jika sebaliknya ini boleh menyebabkan kontrak terbatal, penolakan atau pengurangan tuntutan, penukaran terma atau penamatan kontrak. Kewajipan pendedahan ini berterusan sehingga masa kontrak tersebut dibuat, diubah atau diperbaharui.
- (c) Orang Yang Diinsuranskan juga mempunyai kewajipan memaklumkan kepada Syarikat dengan segera sekiranya pada bila-bila masa, selepas kontrak insuran dibuat, diubah atau diperbaharui dengan pihak kami, sebarang maklumat yang diberikan adalah tidak tepat atau telah berubah.

3.30 Cukai Berkenaan

Sekiranya sebarang cukai jualan dan perkhidmatan, cukai nilai tambah atau sebarang cukai yang serupa dan sebarang duti, cukai, levi, atau apa-apa jua impos (dirujuk secara kolektif sebagai "Cukai Berkenaan") yang diperkenalkan oleh sebarang pihak berkuasa dan perlu dibayar di bawah undang-undang Malaysia yang berkaitan dengan pembekalan sebarang barangan dan/atau perkhidmatan yang dibuat atau dianggap telah dibuat di bawah Polisi ini, Kami berhak mengenakan sebarang Cukai Berkenaan yang dibenarkan oleh undang-undang Malaysia. Cukai Berkenaan sedemikian yang perlu dibayar akan dibayar sebagai tambahan kepada Premium dan caj-caj lain yang berkenaan. Semua peruntukan dalam Polisi ini mengenai pembayaran dan keingkaran Premium akan turut diguna pakai kepada Cukai Berkenaan

4. Had Keseluruhan – 'Rider'

4.1 Penjagaan Pengamal Perubatan Am (GP) Pesakit Luar

Faedah ini hanya dapat digunakan bagi rawatan di dalam Malaysia. Faedah ini membenarkan tanpa kemasukan 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 membenarkan had yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat.

Faedah ini tidak melindungi pemeriksaan perubatan harian.

Faedah-faedah ini melindungi:

4.1.1 Perundingan

Perlindungan bagi bayaran perundingan oleh GP di klinik panel sahaja. Perkhidmatan pakar diet tidak dilindungi.

4.1.2 Perubatan

Perlindungan bagi kos perubatan, yang memerlukan preskripsi GP bagi bekalan maksimum satu (1) bulan.

4.1.3 Suntikan

Perlindungan kos suntikan yang memerlukan pentadbiran GP. Pencegahan pengimun/pemvaksin tidak dilindungi.

4.1.4 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.

4.1.5 Prosedur Pembedahan Pesakit Luar

Perlindungan bagi prosedur yang dibuat oleh GP di klinik panel.

4.2 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 membenarkan had yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat dengan syarat ada surat rujukan daripada GP hanya dari klinik panel terlebih dahulu akan menerima rawatan daripada pakar. Surat rujukan ini adalah sah selama tiga puluh hari (30) dari tarikh lawatan GP dari klinik panel.

Faedah ini tidak melindungi pemeriksaan perubatan harian.

Faedah-faedah ini melindungi:

4.2.1 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.

4.2.2 Perubatan

Perlindungan bagi kos perubatan yang memerlukan preskripsi pakar perubatan bagi bekalan maksimum satu (1) bulan.

4.2.3 Suntikan

Perlindungan kos suntikan yang memerlukan pentadbiran pakar. Pencegahan pengimun/pemvaksin tidak dilindungi.

4.2.4 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.

4.2.5 Prosedur Pembedahan Pesakit Luar

Perlindungan bagi prosedur yang dibuat oleh pakar di klinik panel dengan cara pesakit luar.

5. Peruntukan-Peruntukan Khas

5.1 Kelayakan

Orang yang layak mendapatkan insurans di bawah Polisi ini pada tarikh penguatkuasaan Polisi ini adalah para Kakitangan sepenuh masa dan yang bakal diambil bertugas bekerja secara aktif untuk Majikan berkenaan bermula dari tarikh kelayakan serta berumur bawah enam puluh lima (65) tahun.

Bakal para Kakitangan sepenuh masa yang bekerja secara aktif bermula dari tarikh kelayakan ini layak untuk menyertai insurans ini menurut tarikh yang dinyatakan dalam Borang Pendaftaran Kakitangan.

Sekiranya seseorang Kakitangan itu tidak bekerja secara aktif di dalam pekerjaan hariannya, maka pada tarikh beliau sepatutnya layak sejajar dengan keperluan-keperluan di atas, tarikh kelayakannya itu akan ditangguhkan pada hari pertama setiap bulan sejurus selepas beliau kembali semula untuk bekerja sepenuh masa secara aktif.

Tanggungjawab yang layak diinsuranskan, dari masa ke semasa Polisi ini berkuat kuasa, termasuk dalam Polisi ini, jika sekiranya:

- Syarikat memohon tambahan sedemikian;
- Tanggungjawab tersebut layak diinsuranskan menurut terma dan standard penerimaan oleh Syarikat;
- Suami/isteri yang berkahwin secara sah yang berumur bawah enam puluh (60) tahun;
- Anak yang tidak berkahwin yang telah mencapai umur lima belas (15) tahun tetapi kurang daripada dua puluh (20) tahun atau dua puluh empat (24) tahun bagi yang masih menjadi pelajar sepenuh masa di pusat pengajian tinggi dan yang tidak mempunyai pekerjaan bergaji.

6. Peruntukan-Peruntukan Am

6.1 Fasal Automatik Penambahan/Pembatalan/Penukaran Status

Penambahan Kakitangan baru dan/atau tanggungan, jika ada (yakni sebaik saja diambil bekerja, pengesahan jawatan, perkahwinan, kelahiran anak dan lain-lain) seperti yang dinyatakan di **Peruntukan - Peruntukan Am 6.4**. Pembatalan perlindungan Kakitangan dan/atau tanggungan, jika ada, yang diinsuranskan (yakni sejurus selepas penamatan jawatan, pemberhentian, bercerai atau kematian), seperti yang dinyatakan di **Peruntukan - Peruntukan Am 6.10**. Sebarang perubahan pada status Kakitangan itu (yakni, kenaikan pangkat) perlu dimaklumkan kepada Syarikat serta-merta atau dalam masa enam puluh (60) hari dari tarikh perlindungan Ahli berkenaan berkuat kuasa.

6.2 Penukaran Faedah Dan Perlindungan

Permohonan untuk menukar Faedah yang ada kepada Pelan dan/atau Perlindungan yang lebih tinggi bagi memasukkan Suami/Isteri dan/atau Tanggungan hanya boleh dilakukan pada Tarikh Ulang Tahun Polisi ini, dan tertakluk kepada bukti penginsuransan yang cukup dan penerimaan oleh Syarikat. Tuntutan yang boleh dibayar (mengikut keadaan yang mana pelan yang ada telah dinaiktarafkan kepada faedah yang lebih tinggi) kelak akan dihitung berdasarkan had faedah yang terletak dalam pelan yang lama jika:

- la timbul dalam masa tiga puluh (30) hari dari tarikh penukaran ini diterima;
- la disebabkan oleh apa-apa Penyakit yang ditetapkan dalam masa seratus dua puluh (120) hari dari tarikh penukaran ini diterima;
- la disebabkan oleh masalah perubatan yang telah dikenal pasti terdahulu sebelum tarikh penukaran ini diterima.

6.3 Kontrak

Polisi ini, sebarang faedah tambahan atau pengendorsan ke atasnya, dan permohonan yang dikepilkan padanya, yang dijadikan sebahagian daripada Polisi ini, merangkumi keseluruhan kontrak antara pihak-pihak dalam dokumen ini. Semua kenyataan yang dibuat oleh Majikan atau sesiapa yang diinsuranskan di bawah Polisi ini, hendaklah dengan tidak ada penipuan atau penyelindungan fakta-fakta penting, dianggap sebagai gambaran dan bukan waranti, manakala sebarang pernyataan tadi tidak membolehkan Polisi ini menjadi tidak sah ataupun digunakan sebagai bahan untuk mengajukan sesuatu tuntutan dalam Polisi ini.

Tiada ejen diberikan kuasa untuk membuat atau meminda kontrak ini, ataupun melanjutkan tempoh pembayaran premium, mengeneipkan sebarang perluputan atau perampasan atau mengeneipkan sebarang hak atau keperluan Syarikat ataupun mengikat Syarikat dengan membuat sesuatu janji atau menerima sebarang gambaran atau maklumat yang tidak terkandung di Polisi ini.

Hanya pegawai yang disahkan oleh Syarikat mempunyai kuasa untuk mengeluarkan bagi pihak Syarikat untuk mengeluarkan kebenaran atau melanjutkan tempo pembayaran premium ke atasnya. Syarikat tidak terikat oleh sebarang perjanjian atau gambaran yang diberikan oleh sesiapa selain daripada pegawai yang disahkan oleh Syarikat dan ia hendaklah secara bertulis saja.

6.4 Tarikh Berkuat Kuasa Insurans Individu

Tertakluk kepada sebarang bukti kesihatan yang disyaratkan dalam **Peruntukan - Peruntukan Am 6.11** di Polisi ini, insurans bagi setiap Kakitangan yang sedia ada dan yang bakal diambil bekerja akan berkuat kuasa pada tarikh kelayakan Kakitangan ini dengan syarat Majikan memaklumkan kepada Syarikat dalam tempoh enam puluh (60) hari selepas tarikh kelayakan tersebut dan membayar premium yang diperlukan bagi jaminan Kakitangan berkenaan dari tempoh jaminan berkuat kuasa sehingga Tarikh Pembaharuan berikutnya. Sekiranya, Syarikat dimaklumkan selepas enam puluh (60) hari dari tarikh kelayakan, insurans ini akan berkuat kuasa pada tarikh Syarikat menerima pemakluman tersebut, tertakluk kepada bukit penginsuranaan yang cukup dan penerimaan oleh Syarikat.

Tertakluk kepada bukti kesihatan yang disyaratkan dalam **Peruntukan - Peruntukan Am 6.11** di Polisi ini, insurans bagi seseorang tanggungan akan berkuat kuasa pada tarikh kelayakan tanggungan ini dengan syarat Majikan berkenaan memaklumkan Syarikat dalam tempoh enam puluh (60) hari dari tarikh kelayakan dan membayar premium yang diperlukan bagi jaminan Kakitangan berkenaan dari tempoh jaminan ini berkuat kuasa hingga Tarikh Pembaharuan berikutnya. Sekiranya, Syarikat dimaklumkan selepas enam puluh (60) hari dari tarikh kelayakan tadi, insurans ini akan berkuat kuasa pada tarikh Syarikat menerima pemakluman tersebut, tertakluk kepada bukti penginsuranaan yang cukup dan penerimaan oleh Syarikat.

6.5 Keperluan Penyertaan

Insurans ini dikeluarkan atas dasar tidak menyumbang, di mana bayaran premium ditanggung sepenuhnya oleh Majikan, manakala orang yang layak untuk insurans ini adalah para Kakitangan yang sedia ada dan/atau bakal para Kakitangan sepenuh masa Majikan.

6.6 Mata Wang Bayaran

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

6.7 Rekod

Majikan berkenaan hendaklah mengemukakan dari semasa ke semasa kepada Syarikat semua maklumat berhubung dengan para Kakitangan dan Tanggungan baru yang hendak diinsuranskan serta penamatan insurans para Kakitangan dan tanggungan tadi yang diperlukan oleh Syarikat bagi melaksanakan perlindungan. Sebaik saja ia diminta oleh Syarikat yang tidak lebih daripada satu kali dalam setahun, Majikan berkenaan hendaklah mengemukakan suatu penyata kepada Syarikat mengenai, Kakitangan dan data-data lain yang bersangkutan tentang para Kakitangan tersebut yang dianggap mempunyai hubungan dengan pelaksanaan perlindungan ini serta penentuan bagi menetapkan kadar premium pada masa yang hadapan. Maklumat dan rekod tadi boleh diperiksa oleh Syarikat pada bila-bila masa yang munasabah.

6.8 Keistimewaan Pembaharuan

Polisi ini dikeluarkan secara tahunan dan ia boleh diperbaharui dari tahun ke tahun tertakluk kepada persetujuan Syarikat dan peruntukan-peruntukan yang terkandung di dalamnya.

6.9 Syarat-Syarat Khas

Syarat-syarat berikut akan terpakai kepada semua Orang Yang Diinsuranskan dan Tanggungan, jika ada;

- (a) Terdapat tempoh menunggu selama tiga puluh (30) hari dari tarikh permulaan insurans ini bagi manfaat-manfaat Penyakit;
- (b) Tiada manfaat akan dibayar sekiranya kemasukan ke hospital dan/atau penyakitnya bermula dalam tempoh ini;
- (c) Walau bagaimanapun, perlindungan bagi kecederaan anggota disebabkan kemalangan akan berkuat kuasa sebaik saja insurans ini bermula.

6.10 Penamatan Insurans Individu

Insurans bagi seseorang Kakitangan akan ditamatkan sebaik saja berlakunya peristiwa yang berikut:

- (a) Pada tarikh penamatan jawatan oleh Majikan.

Ketidakhadiran Kakitangan yang diinsuranskan daripada bekerja secara aktif disebabkan oleh kehilangan upaya atau atas sebab cuti atau pemberhentian sementara tidak akan dikira sebagai penamatan status Kakitangan ini sebagai seorang Kakitangan yang layak melainkan dan sehinggalah Majikannya memaklumkan Syarikat tentang penamatan status Kakitangan itu sama ada terlebih dulu ataupun dalam tempoh tiga puluh (30) hari dari tarikh penamatan itu atau bayaran premium untuk Insurans Kakitangan tadi tidak dijelaskan. Hari terakhir perlindungan untuk Kakitangan berkenaan di bawah skim jaminan ini ialah pada tarikh penamatan kerja Kakitangan tadi dengan syarat tiada tuntutan yang telah dibayar bagi pihak Kakitangan ini dalam tempoh tersebut. Sekiranya, tuntutan tersebut telah dibayar dalam tempoh ini ataupun jika Syarikat telah memaklumkan selepas tiga puluh (30) hari, maka tarikh perlindungan Kakitangan ini akan terhenti pada tarikh Syarikat dimaklumkan tentang penamatan kerja Kakitangan tadi. Tetapi, dalam apa hal sekali pun, status seseorang Kakitangan itu sebagai Kakitangan yang layak tidak boleh dilanjutkan lebih daripada tiga (3) bulan dalam mana-mana tempoh ketidakhadiran beliau atau pemberhentian sementara beliau melainkan jika persetujuan bertulis Syarikat diperolehi, sebab jika tidak pada akhir tempoh ini, status Kakitangan tadi sebagai seorang Kakitangan yang layak akan dihentikan secara automatik. Walau apa yang dinyatakan di atas, insurans ini tidak akan diteruskan dalam apa hal sekalipun bagi seseorang Kakitangan yang dipanggil untuk menjalani perkhidmatan ketenteraan sepenuh masa, dan dalam hal ini, Kakitangan ini akan dianggap telah tidak lagi berkhidmat untuk majikannya; atau

- (b) Pada tarikh apabila bayaran premium bagi insurans Kakitangan yang diinsuranskan dihentikan atas sebarang sebab; atau
- (c) Pada tarikh Polisi ini ditamatkan samaada oleh Majikan atau Syarikat; atau
- (d) Pada akhir tahun polisi berikutnya Kakitangan dan Tanggungan yang diinsuranskan mencapai umur enam puluh lima (65) tahun.

Insurans Tanggungan Kakitangan yang diinsuranskan itu akan terhenti:

- (a) Pada tarikh penamatan insurans yang diambil buat Kakitangan yang diinsuranskan; atau
- (b) Pada tarikh Tanggungan tersebut berhenti daripada menjadi Tanggungan seperti yang didefinisikan di Polisi ini.

6.11 Bukti Kesihatan

Bukti kesihatan yang memuaskan adalah diperlukan oleh Syarikat sebelum seseorang kakitangan dan Tanggungannya, jika ada, diterima bagi Insurans ini dan mungkin diperlukan, sekiranya berlaku sebarang peningkatan di dalam faedah kemasukkan ke hospital bagi Insurans Kakitangan dan Tanggungan. Jika hasil pemeriksaan perubatannya terbukti tidak memuaskan, maka Syarikat boleh menerima Insurans ini tetapi dengan terma-terma yang berlainan daripada terma biasa ataupun menolak perlindungan Insurans bagi Kakitangan dan/atau Tanggungannya.

6.12 Premium

Kadar premium tahunan di bawah pelan masing-masing untuk Kakitangan dan Tanggungan mereka, jika ada, adalah seperti yang tertera dalam Jadual yang dilampirkan.

Semua premium bagi Polisi ini perlu dibayar di Ibu Pejabat Syarikat di Malaysia, ataupun di Pejabat-Pejabat Cawangan Syarikat yang ditetapkan oleh Syarikat bagi tujuan ini.

Premium pertama (yakni Premium Tahunan Polisi ini) perlu dibayar pada tarikh permulaan Polisi ini dan seterusnya pada tarikh permulaan mengikut kitar pembayaran bil yang berikutnya. Premium-premium berikutan (yakni Pengendorsan/ Pelarasan Bil Premium) dibayar pada tarikh matang premium ini. Pembayaran mana-mana premium ini tidak semestinya akan mengekalkan insurans dalam Polisi ini yang masih berkuat kuasa sehingga melewati tarikh apabila premium yang seterusnya wajar dibayar kecuali jika peruntukan lain ada disebutkan dalam Jadual yang dilampirkan.

Semua insurans yang disebutkan di bawah akan terhenti serentak pada tarikh matang premium ini jika notis bertulis yang menyatakan bahawa Polisi ini tidak akan diperbaharui telah diberikan kepada Syarikat oleh Majikan pada atau sebelum tarikh matang tersebut.

Syarikat akan mengemukakan kepada Majikan berkenaan Penyata Bil bagi setiap premium yang wajar dibayar, dan ini termasuk catatan tentang sesuatu pelarasan premium, jika ada. Pelarasan premium melibatkan pemulangan wang premium yang belum diperolehi kepada Majikan yang dihadkan kepada dua belas (12) bulan terdahulu sebelum tarikh penerimaan oleh Syarikat tentang bukti-bukti yang menunjukkan bahawa pelarasan perlu dilakukan, tetapi ia tidak boleh lewat melebihi tiga puluh (30) hari dari tarikh luput polisi ini.

Kadar premium akan dikaji semula dari tahun ke tahun dan ia tertakluk kepada pelarasan, jika diperlukan, berdasarkan pengalaman yang ada dalam portfolio Allianz Care – SMI. Walaubagaimanapun, Syarikat akan membuat kajian semula kadar pembaharuan berdasarkan individu jika diminta sebaliknya ke atas kumpulan sebagai keseluruhannya. Ini mestilah berasaskan tahap memuaskan keadaan kesihatan.

6.13 Penyelarasan Manfaat

Manfaat yang dinyatakan menurut dokumen ini adalah tertakluk pada had Jadual Manfaat dan mematuhi "AKTA".

- (a) Manfaat tidak akan dibayar bagi sebarang kehilangan upaya yang timbul daripada Kecederaan dalam tempoh bekerja, apabila manfaat diterima di bawah Ordinan Pampasan Pekerja, PERKESO atau perundangan yang seumpama dengannya melainkan jika manfaat berkenaan tidak melindungi sepenuhnya caj-caj yang dikenakan yang dilindungi di Polisi ini.
- (b) Manfaat tidak akan dibayar bagi caj-caj yang diterima di bawah insurans perubatan atau pelan kerajaan yang lain kecuali bagi caj-caj yang tidak dilindungi sepenuhnya di bawah pelan tersebut.
- (c) Sekiranya Orang Yang Diinsuranskan itu dipindahkan dari Hospital kerajaan ke Hospital Swasta (atau sebaliknya) bagi kehilangan upaya yang sama, maka agregat yang digabungkan bagi perbelanjaan yang layak yang dikenakan dari kedua-dua hospital tadi akan diperuntukkan dan diasingkan menurut had dalam Jadual Manfaat yang relevan yang diguna pakai untuk hospital kedua yang mana Orang Yang Diinsuranskan itu dipindahkan.
- (d) Sekiranya Orang Diinsuranskan itu dipindahkan daripada Penjagaan Ambulatori (berbentuk pesakit luar) kepada Penjagaan Dalam Hospital (berbentuk pesakit dalam) atau sebaliknya bagi kehilangan upaya yang sama, maka Orang Yang Diinsuranskan itu berhak untuk membuat tuntutan yang berasingan bagi kedua-dua manfaat di bawah had manfaat masing-masing yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

7. 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 perlindungan.
2. Penyakit Tertentu yang berlaku dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama bagi perlindungan berterusan.
3. Apa-apa keadaan perubatan atau fizikal yang berlaku dalam tempoh tiga puluh (30) hari pertama perlindungan atau tarikh pengembalian semula bagi Orang Yang Diinsuranskan, mengikut mana-mana yang terakhir kecuali untuk kecederaan akibat kemalangan.
4. Pembedahan plastik/kosmetik, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembedahan penglihatan dekat melalui pembiasaan atau pembedahan (Keratotomy 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 dan gangguan degeneratif.

8. Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, menggugurkan kandungan dan jagaan serta pembedahan pranatal atau postnatum, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pensterilan.
9. Penghospitalkan 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 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 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 jantung.
21. Keganasan.

8. 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 (1) 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 jantung, penghantaran jantung sama ada oleh pembedahan atau kimia.
8. Penyakit penghantaran jantung 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 berbahaya.
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.

9. Had-Had

- (a) Manfaat tidak akan dibayar bagi mana-mana tempoh penginapan di Hospital melainkan jika keseluruhan penginapan tadi dan kesemua perkhidmatan khas di Hospital yang diberikan itu dan pembedahan yang dijalankan, jika ada, telah disyorkan dan diluluskan oleh Pengamal Perubatan bertauliah yang sah;
- (b) Manfaat tidak akan dibayar sekiranya kemasukan ke hospital yang menjadi asas sesuatu tuntutan tersebut tidak ada kaitan dengan diagnosis dan rawatan bagi keadaan tersebut di mana kemasukan ke Hospital diperlukan oleh Pengamal Perubatan yang merawat;
- (c) Manfaat tidak akan dibayar bagi sebarang caj, yuran atau perbelanjaan yang tidak disebutkan dalam **Bahagian 2** Polisi ini.

Penting

Pemegang Polisi hendaklah membaca Polisi ini dengan berhati-hati. Jika terdapat sebarang kesilapan atau salah nyataan di dalam Polisi ini, atau jika perlindungan yang diberikan tidak sejajar dengan hasrat Pemegang Polisi, notis hendaklah diberikan kepada Syarikat dengan serta-merta dan Polisi ini perlu dipulangkan untuk pindaan.

Lodging of Complaints / Penyerahan Aduan



We are committed to maintaining high levels of service, honesty, integrity and trustworthiness. If you have any reason to be dissatisfied with any of our products or services, we would like to hear from you. Your feedback is very important to us as we are always looking for ways to improve and serve you better. / Kami berdedikasi untuk meningkatkan dan mengekalkan tahap perkhidmatan yang tinggi, jujur, penuh kebolehpercayaan dan amanah. Sekiranya anda tidak berpuas hati dengan mana-mana produk atau perkhidmatan kami, kami ingin mendengarnya daripada anda. Maklum balas anda sangat penting kepada kami kerana kami sentiasa mencari peluang untuk memperbaiki mutu perkhidmatan kami.


To provide us with your feedback, you may contact us via the following channels / Untuk memberi sebarang maklum balas, anda bolehlah menghubungi kami melalui saluran-saluran berikut:


Write to / Secara bertulis:

Customer Feedback Center, Allianz Arena, Ground Floor Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.

 1 300 22 5542

  AllianzMalaysia

 customer.service@allianz.com.my

 allianz.com.my

Avenues to Seek Redress / Saluran untuk Penyelesaian Aduan

You may submit your complaint to the Ombudsman for Financial Services (OFS) if you are not satisfied with our final response or decision, in the event that your complaint is within the scope of the OFS as well as the following monetary thresholds / Anda boleh mengemukakan aduan anda kepada Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OPK) jika anda tidak berpuas hati dengan balasan atau keputusan akhir kami sekiranya aduan anda berada di dalam skop OPK serta ambang monetari berikut:

(1) Insurance claims not exceeding RM250,000.00; and / Tuntutan insurans tidak melebihi RM250,000.00; dan

(2) Motor third party property damage claims not exceeding RM10,000.00. / Kerosakan harta pihak ketiga bagi tuntutan insurans motor tidak melebihi RM10,000.00.

The OFS can be contacted at the following address / OFS boleh dihubungi di alamat berikut:

Ombudsman for Financial Services, Level 14, Main Block, Menara Takaful Malaysia, No 4, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur.

 03 2272 2811

 03 2272 1577

 enquiry@ofs.org.my

 www.ofs.org.my

If your complaint does not fall within the purview of the OFS, you may refer your complaint to Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (LINK) of Bank Negara Malaysia (BNM) at the following address / Jika aduan anda berada di luar bidang OPK, anda bolehlah merujuk aduan anda kepada Laman Maklumat Nasihat dan Khidmat (LINK) Bank Negara Malaysia (BNM) di alamat berikut:

Write to (BNMTELELINK) / Secara Bertulis (BNMTELELINK):

Pengarah, LINK & Pejabat BNM, Bank Negara Malaysia, P.O. Box 10922, 50929 Kuala Lumpur.

Walk-in (BNMLINK) / Secara Bersemuka (BNMLINK):

Ground Floor, Block D, Bank Negara Malaysia, Jalan Dato' Onn, 50480 Kuala Lumpur.

 1 300 88 5465

 03 2174 1515

 bnmtelelink@bnm.gov.my

 www.bnm.gov.my

You may check with our Customer Feedback Center on the types of complaints handled by the OFS or BNM before submitting your complaint. / Anda boleh merujuk dengan Pusat Maklumbalas Pelanggan kami mengenai jenis aduan yang dikendalikan oleh OPK atau BNM sebelum mengemukakan aduan anda kepada mereka.

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 Center

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

