

Policy

ALLIANZ CARE - INDIVIDUAL

Allianz Care - Individual

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)** (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 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.

ALLIANZ CARE - INDIVIDUAL

(Comprising Plan 1, Plan 2, Plan 3 and Plan 4)

The General Provisions together with the terms and conditions appearing on this page and the following pages shall apply to this Policy under Allianz Care - Individual coverage up to the Policy anniversary date after age seventy-nine (79) years old.

This Policy shall be applicable only if Plan 1, Plan 2, Plan 3 or Plan 4 is specified in the Policy. It is issued in consideration of the application and payment in advance of the premium for this Policy.

If, while this Policy is in force, the Insured Person is hospitalized and/or receives medical treatment as specified herein as a result of:

- (a) Illness or Disease occurring after the Policy date; or
- (b) Accidental Injury sustained after the Policy date.

The Company shall upon receipt and approval of satisfactory proof and subject to the provisions, conditions and limitations contained herein or which may be endorsed hereon, pay the benefits according to the Description of Benefits under this Policy.

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 Injury.
- 1.2 ACCIDENTAL DENTAL TREATMENT** shall mean dental procedure necessary as a result of Accident.
- 1.3 ANY ONE DISABILITY** shall mean all of the periods 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.
- 1.4 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.
- 1.5 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).
- 1.6 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.
- 1.7 DISABILITY** shall mean a Sickness, Disease, Illness or the entire Injuries arising out of a single or continuous series of causes.
- 1.8 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.
- 1.9 ELIGIBLE EXPENSES** shall mean Medically Necessary expenses incurred due to a covered Disability but not exceeding the limits in the schedule.
- 1.10 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.
- 1.11 HOME NURSING CARE** shall mean continued medical care or other types of skilled care furnished on a visiting basis in the Insured Person's home, where he/she is recuperating.
- 1.12 HOSPITAL** shall mean only an establishment duly constituted and registered as a Hospital for the care and treatment of sick and injured persons as paying bed-patients, and which:
 - (a) Has facilities for diagnosis and major Surgery;

- (b) Provides twenty-four (24) hours a day nursing services by registered and graduate nurses;
- (c) Is under the supervision of a Physician; and
- (d) Is not primarily a clinic; a place for alcoholics or drug addicts; a nursing, rest or convalescent home or a home for the aged or similar establishment.

1.13 HOSPITALISATION 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.

1.14 INJURY shall mean bodily injury caused solely by Accident.

1.15 INSURED PERSON shall mean the person described in the Policy Schedule.

1.16 INTENSIVE CARE UNIT shall mean a section within a Hospital which is designated as an Intensive Care Unit by the Hospital, and which is maintained on a twenty-four (24) hours basis solely for treatment of patients in critical condition and is equipped to provide special nursing and medical services not available elsewhere in the Hospital.

1.17 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.

1.18 MEDICALLY NECESSARY shall mean a medical service which is:

- (a) Consistent with the diagnosis and customary medical treatment for a covered Disability; and
- (b) In accordance with standards of good medical practice, consistent with current standard of professional medical care, and of proven medical benefits; and
- (c) Not for the convenience of the Insured Person or the Physician, and unable to be reasonably rendered out of Hospital (if admitted as an inpatient); and
- (d) Not of an experimental, investigational or research nature, preventive or screening nature; and
- (e) For which the charges are fair and reasonable and customary for the Disability.

1.19 OUT-PATIENT shall mean the Insured Person is receiving medical care or treatment without being hospitalized and includes treatment in a Daycare centre.

1.20 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.

1.21 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 (1) year period following the Renewal or Renewed Policy.

1.22 PRE-EXISTING ILLNESS shall mean disabilities that the Insured Person has reasonable knowledge of. An Insured Person may be considered to have reasonable knowledge of a pre-existing condition where the condition is one for which:

- (a) The Insured Person had received or is receiving treatment;
- (b) Medical advice, diagnosis, care or treatment has been recommended;

- (c) Clear and distinct symptoms are or were evident; or
- (d) Its existence would have been apparent to a reasonable person in the circumstances.

1.23 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.

1.24 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.

1.25 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.

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

1.27 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.

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

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

1.29 SURGERY shall mean any of the following medical procedures:

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

1.30 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 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 benefit stated hereunder is subject to the limits of the Schedule of Benefits and in compliance with the "ACT".

Provided the sum total of all benefits paid under this Policy has not exceeded the Limits stated under the Para 3 (Limitation of Benefits) and its sub-para hereof, the Company shall reimburse the following benefits according to the plan purchased.

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 sixty (60) 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 in-patient in the Intensive Care Unit of the Hospital. This benefit shall be payable equal to the actual charges made by the Hospital subject to the maximum benefit for any one day and maximum sixty (60) 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 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 the 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.

2.3 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.

2.4 ANAESTHETIST FEE

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

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 sixty (60) days as set forth in the Schedule of Benefits.

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 of sixty (60) days and amount as set forth in the Schedule of Benefits in a Hospital and which are recommended by a qualified Medical Practitioner. No payment shall be made if upon such diagnostic services, 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 of sixty (60) days as set forth in the Schedule of Benefits preceding confinement in a Hospital and provided that such consultation is Medically Necessary and has been recommended in writing by the attending General Practitioner.

Payment will not be made for clinical treatment (including medications and subsequent consultation after the illness is diagnosed) or where 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 thirty-one (31) days from the first consultation by the first Specialist to determine whether a surgical operation is necessary or required in view of the Insured Person'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 CASH ALLOWANCE AT GOVERNMENT HOSPITAL

Pays a lump sum amount 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 Benefits. No Payment will be made for any transfer to or from any Private Hospital and Malaysian Government Hospital for the covered Disability.

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 Medically Necessary treatment as an outpatient at any registered clinic or Hospital within twenty-four (24) hours of the Accident causing the covered bodily Injury. Follow up treatment by the same Doctor or same registered clinic or Hospital for the same covered bodily Injury will be provided up to the maximum amount and the maximum thirty-one (31) days as set forth in the Schedule of Benefits.

2.12 DAYCARE 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 Phylography (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 OUTPATIENT CANCER TREATMENT

If an Insured Person is diagnosed with Cancer as defined below, the Company will reimburse the Reasonable and Customary Charges incurred for the Medically Necessary treatment of Cancer performed at a legally registered Cancer treatment centre subject to the limit of this Disability as specified in the Schedule of Benefits.

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

2.14 OUTPATIENT KIDNEY DIALYSIS TREATMENT

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

Such treatment (dialysis excluding consultation, examination tests, take home drugs) must be received at the 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.

2.15 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 of sixty (60) days as set forth in the Schedule of Benefits immediately following discharge from Hospital for a non-surgical disability. This shall include medicines prescribed during the follow-up treatment but shall not exceed the supply needed for the maximum number of days as set forth in the Schedule of Benefits.

2.16 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.

2.17 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 stated in the Schedule of Benefits. This is applicable for any claim falling under Hospitalization benefits.

2.18 HOME NURSING CARE

An amount equal to the Necessary and Reasonable Charges made by the Hospital, payable only if the care is provided within seven (7) days from Hospital discharge subject to a minimum of three (3) days Hospitalization. The benefit payable shall not exceed the maximum stated for the plan in respect of Any One Disability.

Home Nursing Care provided under this Policy includes:

- (a) Physical, occupational or speech therapies by a registered therapist; and/or
- (b) Part-time or intermittent nursing care provided under the supervision of a registered nurse.

2.19 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 the Overall Annual Limit 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 hereunder shall immediately cease to be payable for the remaining year.

3. LIMITATION OF BENEFITS

3.1 BENEFIT LIMIT

Benefit payable in respect of expenses incurred for treatment provided to the Insured Person shall be limited to the:

- (a) Reasonable and Customary Charges for the treatment provided;
- (b) Selected plan for which this Policy is issued and the premium are paid for;
- (c) Annual limit for each Policy Year in accordance with the amount stated under the selected plan;
- (d) Where the Insured Person has received the compensation or reimbursement of the medical expenses incurred from any other medical insurance, any employee benefit or any Government law and program, the benefit payable shall be limited to those medical expenses which are not fully reimbursed under such medical insurance, employee benefit or government law and program; and

- (e) If the Insured Person is hospitalized at a 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.

4. CONDITIONS

4.1 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 Insured Person according to the last recorded address for any alterations made.

4.2 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.

4.3 CANCELLATION

This Policy may be cancelled by the Insured Person 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 Insured Person shall be entitled to a refund of the premium as follow:

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.

4.4 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 Insured Person 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.

4.5 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.

4.6 CLAIM 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.

4.7 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.

4.8 CONDITIONAL RENEWAL

This is a yearly renewable Policy. Premium rates are not guaranteed and any adjustment of premiums would be based on satisfactory health condition. Whenever there arise a situation of non-disclosure, the whole Policy would be rendered null and void.

4.9 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.

4.10 COOLING-OFF PERIOD

If this Policy 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.

4.11 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.

4.12 DEDUCTIBLE AMOUNT

The Insured Person will need to pay a deductible amount of RM100.00. The amount is applicable per Hospital Admission/Daycare Surgery. The same amount applies for Plans 1, 2, 3 and 4.

4.13 ENTRY AGE PARTICIPATION

The minimum entry age is thirty (30) days and the maximum is seventy- nine (79) years old based on the age next birthday.

4.14 GEOGRAPHICAL TERRITORY

All benefits provided in this policy are applicable worldwide for twenty-four (24) hours a day subject to Conditions 22 and 30.

4.15 GOVERNING LAW

This Policy is issued under the laws of Malaysia and is subject and governed by the laws prevailing in Malaysia. Reference to any law in this Policy includes the subsequent amendments of the relevant law.

4.16 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.

4.17 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.

4.18 MEDICAL EXAMINATION

The Company shall have the right to examine the Insured Person when and as often as it may reasonably require while a claim is pending.

4.19 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.

4.20 MISSTATEMENT OF AGE

If the age of the Insured Person has been misstated and the premium paid as a result thereof is insufficient, any claims 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.

4.21 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.

4.22 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.

4.23 OWNERSHIP OF POLICY

Unless otherwise expressly provided for by Endorsement in the Policy, the Company shall be entitled to treat the Insured Person 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 Insured Person (or by his legal or authorized representative) alone shall be an effective discharge of all obligations and liabilities of the Company. The Insured Person shall be deemed to be responsible Principal of Agent of the Insured Person covered under this Policy.

4.24 PAYMENT DEFAULT

In the event of default in payment of the agreed premium for this Policy, the Insurance hereunder would terminate automatically but may be reinstated with the consent of the Company.

4.25 PAYMENT OF CLAIM

In the event the Company has guaranteed payment to the Hospital, the Company shall pay the claim directly to the Hospital.

It is further agreed that any authorization to effect payment to the Hospital is a facility granted to the Insured Person. Subject to the Indisputability clause in the General Provisions of this Policy, such payment shall not waive nor be construed as a waiver of the Company's right to contest

subsequent claims and/or validity of this Policy or any other Policies or of facts which are material to the acceptance of risk of this Policy or any other Policies.

4.26 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 as notified by the Company.

This Policy will be renewable at the option of Insured Person subject to the terms, conditions and termination at each of the anniversary of the Policy date. The renewal premiums payable is not guaranteed and the Company reserves the right to revise the premium rate applicable at the time of renewal. Such changes, if any shall be applicable to all Insured Person irrespective of their claim experience according to the Company's risk assessment.

This Policy is renewable at the option of Insured Person until the occurrence of any of the following:

- (a) Non payment of premium or premium not paid on time;
- (b) Fraud or misrepresentation of material fact during application;
- (c) The Policy is cancelled at the request of the Insured Person;
- (d) On the death of the Insured Person;
- (e) The Insured Person attains the coverage age limit specified; and
- (f) Termination of coverage for all policies in a certain market and the Company withdraws this Policy completely from the market in accordance with the Portfolio Withdrawal Condition.

4.27 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 Insured Person and the Company will run off all policies to expiry of the period of cover within the portfolio.

4.28 PREMIUM

- (a) All premiums are payable in advance on due date at the premium rates based on age next birthday of Insured Person;
- (b) Premiums shall be paid annually;
- (c) This Policy shall immediately lapse and come to an end when premiums are not paid; and
- (d) The payment or acceptance of any premium hereunder subsequent to the termination of this Policy shall not create any liability on the part of the Company but the Company shall refund any such premium without interest.

The Company reserves the right to revise the premium rates applicable to all Allianz Care - Individual policies of the same plan. The Company will notify the Insured Person in writing at least thirty (30) days before the Policy anniversary effecting such revision of the premium rate.

4.29 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.

4.30 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.

4.31 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.

4.32 TERMINATION

The insurance under this Policy shall automatically terminate:

- (a) If any premium on this Policy is not paid when due; or
- (b) Upon cessation of this Policy; or
- (c) Upon Policy anniversary date that falls after 79th birthday, whichever earlier.

4.33 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 at the time the Benefits were increased, the Limit of Benefits payable in respect of such Disability shall not exceed the Limit of Benefits prior to the date the Benefits were upgraded.

4.34 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.

4.35 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.

4.36 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.

4.37 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.

5. EXCLUSIONS

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

- (a) Pre-existing Illness;
- (b) Specified Illness occurring during the first one hundred and twenty (120) days of continuous cover;
- (c) Any medical or physical conditions arising within the first thirty (30) days of the Insured Person's cover except for Accidental Injuries;
- (d) 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;
- (e) 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;
- (f) 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;
- (g) Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions;
- (h) Pregnancy, child birth (including surgical delivery), miscarriage, abortion and prenatal or postnatal care and

surgical, mechanical or chemical contraceptive methods or birth control or treatment pertaining to infertility. Erectile dysfunction and tests or treatment related to impotence or sterilization;

- (i) 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;
- (j) Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted Injury while sane or insane;
- (k) 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;
- (l) Ionizing radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any nuclear weapons material;
- (m) 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 complication;
- (n) Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical service or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bone setting, herbalist treatment, massage or aroma therapy or other alternative treatment;
- (o) 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 Workmen's Compensation Insurance Contract;
- (p) Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations);
- (q) 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;
- (r) 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;
- (s) Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes;
- (t) Expenses incurred for sex changes;
- (u) Terrorism.

6. GENERAL PROVISIONS

The General Provisions on this page and the following pages shall apply to all the policies as indicated in the respective Policy Information Statements.

6.1 THE CONTRACT

- (a) This Policy and the Proposal Form, together with all relevant documentary declarations and/or statements, which make up this Policy together with any endorsements made by the Company, shall constitute the entire contract between the parties. In the absence of fraud or non payment of premium, the Company shall not avoid the Policy or contest any claim thereunder in reliance on any statements made by or on behalf of the Company and no such issue, variation, waiver, extension, representation or contract shall have effect unless it is in writing and signed by any such officer.
- (b) Only the officers of the Company are duly authorized on behalf of the Company to issue this Policy, to vary or waive any of its clause or the rights of the Company thereunder, to extend the time for payment of any premium or interest, or to make any representation or contract on behalf of the Company and no such issue, variation, waiver, extension, representation or contract shall have effect unless it is in writing and signed by any such officer.

6.2 PROOF OF AGE AND SEX

- (a) This Policy is issued based on the age shown in the Policy Information Statement, which is the Insured Person's age on the nearest birthday. If the age is misstated in the Proposal, the Company may vary the sum insured or the premium according to such amount as would be payable based on the true age of the Insured Person. Where the Insured Person was not eligible for the insurance at the true age, the Company shall refund the premium paid without interest;
- (b) Evidence of the age must be submitted to the Company before payment of claim is made.

6.3 THE INSURED PERSON

Only the Insured Person may during the lifetime of the Insured Person, exercise all rights, privileges and options provided under this Policy.

6.4 NOTICE AND PROOF OF CLAIM

Written notice of Injury or of Sickness upon which a claim is based and a duly completed Statement of Claim Form provided by the Company must be submitted to the Company within thirty (30) days from the commencement of such Injury or Sickness. The Company shall in no circumstances give consideration for admission of any claim to be made hereunder if none of the requirements had been observed.

Affirmative proof of Hospital Confinement for which a claim is made must be furnished to the Company within ninety (90) days after the termination of the period for which the claim is made. Failure to furnish such proof within the time provided shall not invalidate any claim if it can be shown that it would not have been reasonably possible to furnish such proof and that such proof was furnished as soon as was reasonably possible.

The Company may require as part of the proof of original bill and receipts to Hospital Confinement and to charges and fees incurred.

The Company shall have the right to examine the person whose Injury or Sickness is the basis of the claim and as often as it may reasonably require during pendency of the claim hereunder.

6.5 CASH BEFORE COVER

It is fundamental and absolute special condition of this contract of insurance that the premium due must be paid and received by the Company before cover commences. If this condition is not complied with, then this insurance is automatically null and void.

IMPORTANT

The Insured Person 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 Insured Person, 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 - Individual

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)** (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 Pihak 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.

ALLIANZ CARE - INDIVIDUAL

(Mengandungi Pelan 1, Pelan 2, Pelan 3 dan Pelan 4)

Polisi ini diguna pakai hanya jika Pelan 1, Pelan 2, Pelan 3 atau Pelan 4 ditetapkan dalam Polisi ini. Ia dikeluarkan sebagai balasan bagi permohonan dan bayaran pendahuluan premium untuk mendapatkan Polisi ini.

Jika, ketika Polisi ini sedang berkuat kuasa, Orang Yang Diinsuranskan itu dimasukkan ke hospital dan/atau menerima rawatan perubatan seperti yang ditetapkan di dalam ini, akibat:

- (a) Keuzuran atau Penyakit yang berlaku selepas tarikh polisi ini; atau
- (b) Kecederaan akibat Kemalangan yang dialami selepas tarikh polisi ini.

Pihak Syarikat akan sebaik sahaja ia menerima dan mengesahkan bahawa bukti yang diterimanya adalah memuaskan, tertakluk kepada semua peruntukan, syarat dan had yang terkandung di dalam ini atau yang dicatat-terakan padanya, membayar manfaat-manfaat menurut Jenis Manfaat di bawah Polisi ini.

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 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.
- 1.4 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.
- 1.5 PEMBEDAHAN HARIAN** Pesakit yang perlu menggunakan kemudahan pemulihan untuk prosedur pembedahan yang dirancang terlebih dahulu di Hospital/klinik pakar (tetapi bukan untuk bermalam).
- 1.6 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.
- 1.7 HILANG UPAYA** hendaklah bermaksud Sakit, Wabak Atau Penyakit atau semua Kecederaan yang timbul daripada satu atau beberapa sebab yang berterusan.
- 1.8 DOKTOR ATAU PAKAR PERUBATAN ATAU PAKAR BEDAH** hendaklah bermaksud pengamal perubatan bertauliah 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.
- 1.9 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.
- 1.10 KECEMASAN** hendaklah bermaksud rawatan yang penting dalam keadaan yang mana perhatian perubatan yang segera diperlukan dalam masa dua belas (12) jam bagi Kecederaan, Penyakit atau sebarang gejala yang tiba-tiba dan tenat yang boleh mengancam nyawa ahli (contohnya Kemalangan dan serangan jantung) atau menjejaskan kesihatan yang ketara.

- 1.11 RAWATAN KEJURURAWATAN DI RUMAH** hendaklah bermaksud rawatan berterusan perubatan atau rawatan berkemahiran jenis lain yang diberikan secara lawatan ke rumah Orang Yang Diinsuranskan itu ketika beliau sedang berehat untuk sembuh.
- 1.12 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.
- 1.13 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.
- 1.14 KECEDEeraan** hendaklah bermaksud kecederaan anggota badan yang semata-mata disebabkan oleh Kemalangan.
- 1.15 ORANG YANG DIINSURANSKAN** hendaklah bermaksud orang yang dinyatakan dalam Jadual Polisi.
- 1.16 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.
- 1.17 HOSPITAL KERAJAAN MALAYSIA** hendaklah bermaksud Hospital yang bayaran khidmatnya tertakluk kepada Akta Fee 1951, Perintah Fee (Perubatan) 1982 dan/atau pindaan berikutnya jika ada.
- 1.18 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 Orang Yang Diinsuranskan atau Pakar Perubatan, dan tidak dapat diperolehi 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.
- 1.19 PESAKIT LUAR** hendaklah bermaksud Orang Yang Diinsuranskan yang menerima jagaan atau rawatan perubatan tanpa dimasukkan ke Hospital dan termasuk rawatan di pusat Rawatan Harian.
- 1.20 PEMEGANG POLISI** hendaklah bermaksud orang atau badan korporat yang kepadanya Polisi dikeluarkan bagi melindungi orang yang secara khusus dikenalpasti sebagai Orang Yang Diinsuranskan dalam Polisi ini.
- 1.21 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.
- 1.22 PENYAKIT SEDIA ADA** hendaklah bermaksud Hilang Upaya yang diketahui sewajarnya oleh Orang Yang Diinsuranskan. Orang Yang Diinsuranskan dianggap mengetahui sewajarnya keadaan sedia ada itu apabila:
- Orang Yang Diinsuranskan telah atau sedang menerima rawatan;
 - Nasihat perubatan, diagnosis, jagaan atau rawatan telah disyorkan;
 - Gejala yang jelas dan tepat dapat atau telah dilihat dengan nyata; atau
 - Kewujudannya dapat diperhatikan dengan jelas bagi orang yang mengalami keadaan itu.
- 1.23 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.
- 1.24 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 Kecederaan serta selaras dengan piawai dan amalan perubatan yang diterima dan tidak boleh diabaikan tanpa menjejaskan keadaan perubatan Orang Yang Diinsuranskan.
- 1.25 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.
- 1.26 SAKIT, WABAK ATAU PENYAKIT** hendaklah bermaksud keadaan fizikal yang ditunjukkan dari segi patologi berbeza daripada keadaan kesihatan yang normal.
- 1.27 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.
- 1.28 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 sistem 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.

1.29 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.

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

2. JENIS MANFAAT

Faedah yang dinyatakan di bawah ini adalah tertakluk kepada had jadual manfaat dan menurut "AKTA".

Dengan syarat jika jumlah keseluruhan kesemua manfaat yang dibayar dalam Polisi ini tidak melebihi Had yang disebutkan dalam Perenggan 3 (Had Manfaat) serta subperenggan yang terdapat di sini, Syarikat akan membayar ganti manfaat-manfaat berikut menurut pelan yang dibeli itu.

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 maksimum enam puluh (60) 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 Biasa Diamalkan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk Bilik dan Makan yang sebenarnya ditanggung semasa dimasukkan ke Hospital sebagai pesakit dalam di Unit Rawatan Rapi Hospital. Bayaran manfaat ini hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh Hospital tertakluk kepada manfaat maksimum bagi mana-mana satu hari, dan maksimum enam puluh (60) hari, seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Apabila tempoh dimasukkan ke Hospital

di Unit Rawatan Rapi melebihi tempoh maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat, maka pembayaran balik akan dihadkan kepada kadar Bilik dan Makan Harian Hospital.

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

2.2 BAYARAN PEMBEDAHAN

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk pembedahan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar, termasuk lawatan penilaian pra-pembedahan Orang Yang Diinsuranskan oleh Pakar dan rawatan selepas pembedahan hingga bilangan hari maksimum dari tarikh pembedahan, tetapi dalam tempoh maksimum enam puluh (60) hari 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.

2.3 BEKALAN DAN KHIDMAT HOSPITAL

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

2.4 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 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 enam puluh (60) 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 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.

Rawatan 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 kedua dalam masa tiga puluh satu (31) 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 dalam Jadual Manfaat. Manfaat ini hanya dibayar jika Orang Yang Diinsuranskan kemudian dimasukkan ke Hospital.

2.10 ELAUN TUNAI DI HOSPITAL KERAJAAN

Bayaran elaun sekaligus bagi 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.

2.11 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 Kecederaan anggota badan yang dilindungi yang timbul daripada Kemalangan untuk rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan sebagai pesakit luar di mana-mana klinik atau Hospital berdaftar dalam tempoh dua puluh empat (24) jam dari masa berlaku Kemalangan yang menyebabkan kecederaan anggota badan yang dilindungi. Rawatan susulan oleh Doktor yang sama atau klinik atau Hospital berdaftar yang sama untuk kecederaan anggota badan yang dilindungi yang sama akan disediakan hingga jumlah maksimum dan maksimum tiga puluh satu (31) hari 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 Angiografik serta lain-lain prosedur diagnosis yang dianggap perlu bagi perubatan dan akan dirujuk oleh Pengamal Perubatan bertauliah terlebih dahulu.

2.13 RAWATAN BULANAN 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 perantara atau pembedahan utama (tidak termasuk prosedur endoskopi). Kanser mesti disahkan melalui tanda malignansi histologi.

Keadaan yang berikut dikecualikan:

- (a) Karsinoma in situ termasuk pada serviks;
- (b) Karsinoma duktus in situ pada payudara;
- (c) Karsinoma Papilari pada pundi dan Kanser Prostat Peringkat 1;
- (d) Semua kanser kulit kecuali melanoma malignan;
- (e) Penyakit Hodgkin Peringkat 1;
- (f) Tumor yang menunjukkan dengan jelas komplikasi AIDS.

Menjadi syarat khas bagi Manfaat 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.

2.14 RAWATAN BULANAN 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 Manfaat ini, tanpa menyentuh pengecualian keadaan sedia ada, bahawa ia tidak akan dibayar untuk mana-mana Orang Yang Diinsuranskan yang mengalami penyakit renal kronik dan/atau menerima rawatan dialisis sebelum tarikh kuat kuasa Insurans.

2.15 RAWATAN SELEPAS PENGHOSPITALAN

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dalam rawatan susulan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar Perubatan yang sama yang telah memberikan rawatan, mengikut

bilangan hari dan maksimum enam puluh (60) hari seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital kerana Hilang Upaya bukan pembedahan. Ini hendaklah termasuk ubat yang dipreskripsikan dalam rawatan susulan tetapi tidak boleh melebihi bekalan yang diperlukan untuk bilangan hari maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

2.16 BAYARAN AMBULANS (DI JALAN 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.

2.17 YURAN LAPORAN PERUBATAN

Satu amaun yang bersamaan dengan caj sebenar bagi sebarang Laporan Perubatan yang diperlukan akan dibayar balik oleh Syarikat sehingga had maksimum seperti dinyatakan dalam Jadual Faedah. Ini boleh diguna pakai bagi sebarang tuntutan yang termasuk di bawah Faedah bagi Kemasukan ke Hospital.

2.18 PENJAGAAN KEJURURAWATAN DI RUMAH

Amaun yang sama dengan caj-caj yang Perlu dan Munasabah yang dikenakan oleh pihak Hospital akan dibayar hanya jika penjagaan yang diberikan adalah dalam masa tujuh (7) hari selepas dikeluarkan dari Hospital, tertakluk kepada minimum tiga (3) hari Kemasukan di Hospital. Faedah yang dibayar tidak boleh melebihi maksimum yang disebutkan dalam pelan bagi Mana-Mana Satu Hilang Upaya.

Penjagaan Kejururawatan Di Rumah yang disediakan di bawah Polisi ini adalah termasuk:

- (a) Terapi jasmani, pekerjaan atau pertuturan oleh seseorang juruterapi berdaftar; dan/atau
- (b) Penjagaan jururawat separuh masa atau bersela-sela di bawah penyeliaan seseorang jururawat berdaftar.

2.19 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.

3. HAD MANFAAT

3.1 HAD MANFAAT

Manfaat yang dibayar bagi perbelanjaan-perbelanjaan yang ditanggung untuk rawatan yang diberikan kepada Orang Yang Diinsuranskan itu akan dihadkan bagi:

- (a) Caj-caj yang Berpatutan dan Lazim bagi rawatan yang diberikan;
- (b) Pelan pilihan yang telah menerbitkan Polisi ini serta premium yang dibayar;
- (c) Had tahunan bagi setiap tahun Polisi menurut amaun yang disebutkan dalam pelan pilihan ini;

(d) Jikalau Orang Yang Diinsuranskan itu telah menerima pampasan atau pembayaran ganti bagi belanja perubatan yang ditanggung daripada mana-mana insurans perubatan yang lain, mana-mana manfaat pekerja atau mana-mana undang-undang dan program Kerajaan, maka manfaat yang dibayar itu akan dihadkan hanya kepada belanja perubatan yang tidak dibayar ganti sepenuhnya di bawah insurans perubatan, manfaat perubatan atau undang-undang dan program kerajaan yang disebutkan itu; dan

(e) Jika Orang Yang Diinsuranskan itu dimasukkan ke Hospital dengan kadar Bilik dan Penginapan yang lebih tinggi daripada manfaat yang layak diterima oleh beliau, maka Orang Yang Diinsuranskan itu akan menanggung 20% daripada faedah-faedah yang layak diterimanya itu seperti yang dijelaskan dalam Jadual Manfaat.

4. SYARAT-SYARAT

4.1 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 Orang Yang Diinsuranskan mengikut alamat terakhir yang direkodkan bagi mana-mana pindaan yang dibuat.

4.2 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.

4.3 PEMBATALAN

Polisi ini boleh dibatalkan oleh Orang Yang Diinsuranskan pada bila-bila masa dengan memberikan notis bertulis kepada Syarikat dan dengan syarat tiada tuntutan dibuat dalam tahun polisi semasa. Orang Yang Diinsuranskan 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.

4.4 PERAKUAN, MAKLUMAT DAN BUKTI

Semua sijil, maklumat, laporan dan bukti perubahan 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 Orang Yang Diinsuranskan, hendaklah secara bertulis dan dialamatkan kepada Syarikat. Orang Yang Diinsuranskan hendaklah, atas permintaan dan belanja Syarikat, menyerahkan kepada pemeriksaan perubahan apabila ia dianggap perlu.

4.5 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.

4.6 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 Perubahan yang menyatakan diagnosis keadaan yang dirawat dan tarikh Hilang Upaya bermula mengikut pendapat Pakar Perubahan dan rumusan kos rawatan oleh Pakar Perubahan 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 perubahan yang sewajarnya dan Syarikat tidak bertanggungjawab jika rawatan atau khidmat diperlukan berikutan kegagalan Orang Yang Diinsuranskan berbuat demikian.

4.7 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.

4.8 PEMBAHARUAN BERSYARAT

Ini adalah Polisi yang diperbaharui setiap tahun. Kadar premium tidak dijamin dan apa-apa pelarasan premium akan berdasarkan keadaan kesihatan yang memuaskan. Jika terdapat situasi tidak mendedahkan maklumat Polisi ini akan dibatalkan dan tidak sah.

4.9 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.

4.10 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 perubahan yang ditanggung oleh Syarikat untuk mengeluarkan Polisi tersebut.

4.11 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.

4.12 AMAUN DEDUKTIBEL

Orang Yang Diinsuranskan itu perlu membayar amaun deduktibel sebanyak RM100.00. Amaun ini diguna pakai bagi setiap kemasukan ke Hospital/Pembedahan Harian. Amaun yang sama diguna pakai untuk Pelan 1, 2, 3 dan 4.

4.13 UMUR KEMASUKAN UNTUK MENYERTA

Umur minimum kemasukan ialah tiga puluh (30) hari dan maksimum tujuh puluh sembilan (79) tahun pada tarikh hari lahir yang berikut.

4.14 WILAYAH PASARAN GEOGRAFI

Semua manfaat yang disediakan dalam Polisi ini terpakai dua puluh empat (24) jam sehari di seluruh dunia tertakluk kepada Syarat-Syarat 22 dan Syarat-Syarat 30.

4.15 UNDANG-UNDANG YANG MENGAWAL POLISI

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

4.16 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.

4.17 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.

4.18 PEMERIKSAAN PERUBATAN

Syarikat berhak untuk memeriksa Orang Yang Diinsuranskan itu pada bila-bila masa dan seberapa mana yang munasabah sementara menunggu tuntutan berkenaan dipertimbangkan.

4.19 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 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.

4.20 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.

4.21 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 diparap oleh wakil Syarikat yang diberi kuasa.

4.22 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 Kecederaan yang didiagnosis di Malaysia dan keadaan bukan kecemasan atau kronik yang rawatannya boleh ditangguhkan sewajarnya hingga pulang ke Malaysia dikecualikan.

4.23 PEMILIKAN POLISI

Kecuali diperuntukkan sebaliknya secara nyata melalui Endorsemen dalam Polisi, Syarikat berhak menganggap Orang Yang Diinsuranskan 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 Orang Yang Diinsuranskan (atau oleh wakilnya yang sah atau yang diberi kuasa) sahaja hendaklah merupakan pelepasan efektif bagi semua obligasi dan liabiliti Syarikat. Orang Yang Diinsuranskan hendaklah dianggap sebagai Prinsipal atau Ejen bertanggungjawab bagi Orang Yang Diinsuranskan yang dilindungi di bawah Polisi ini.

4.24 KEMUNGKIRAN PEMBAYARAN

Sekiranya berlaku kemungkiran pada bayaran premium yang dipersetujui dalam Polisi ini, maka Insurans di bawah ini akan ditamatkan secara automatik tetapi ia boleh dikembalikan semula dengan izin Syarikat.

4.25 BAYARAN TUNTUTAN

Sekiranya bayaran Syarikat kepada Hospital berkenaan adalah terjamin, Syarikat akan membayarnya terus kepada Hospital.

Telah dipersetujui selanjutnya bahawa apa-apa kuasa yang diberikan untuk melaksanakan sesuatu pembayaran kepada pihak Hospital adalah merupakan suatu kemudahan yang diberikan kepada Orang Yang Diinsuranskan itu. Tertakluk kepada fasal ketidakbolehdipertikaikan dalam Peruntukan Am Polisi ini, bayaran sedemikian tidak akan diketepikan mahupun dianggap sebagai penepian ke atas hak Syarikat untuk menentang tuntutan-tuntutan berikut dan/atau sah Polisi ini atau Polisi-Polisi lain ataupun fakta-fakta yang penting bagi penerimaan risiko Polisi ini atau Polisi-Polisi lain.

4.26 TEMPOH PERLINDUNGAN DAN PEMBAHARUAN

Polisi ini hendaklah berkuat kuasa mengikut tarikh yang dinyatakan pada Jadual. Ulang tahun Polisi adalah satu (1) tahun selepas tarikh kuat kuasa dan setiap tahun berikutnya. Pada setiap ulang tahun Polisi 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 Orang Yang Diinsuranskan tertakluk kepada terma, syarat dan penamatan pada setiap tarikh ulang tahun Polisi. Premium pembaharuan yang dibayar tidak dijamin dan Syarikat berhak menyemak semula kadar premium yang terpakai pada masa pembaharuan itu. Perubahan tersebut, jika ada, hendaklah terpakai kepada semua Orang Yang Diinsuranskan tanpa mengambil kira pengalaman tuntutan mereka mengikut penilaian risiko Syarikat.

Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan Orang Yang Diinsuranskan sehingga berlaku mana-mana yang berikut:

- (a) Premium tidak dibayar atau premium tidak dibayar mengikut masa;
- (b) Penipuan atau salah nyataan fakta penting semasa membuat permohonan;
- (c) Polisi ini dibatalkan atas permintaan Orang Yang Diinsuranskan;
- (d) Berlaku kematian Orang Yang Diinsuranskan;
- (e) Orang Yang Diinsuranskan mencapai had umur perlindungan yang ditetapkan; dan
- (f) Penamatan perlindungan semua Polisi dalam pasaran tertentu dan Syarikat menarik balik Polisi ini sepenuhnya dari pasaran menurut Syarat Penarikan Balik Portfolio.

4.27 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 Orang Yang Diinsuranskan dan Syarikat akan menghentikan semua Polisi hingga ke tarikh tamat tempoh perlindungan dalam portfolio.

4.28 PREMIUM

- (a) Semua premium boleh dibayar terlebih dulu pada tarikh matangnya menurut kadar premium berdasarkan umur yang akan datang Orang Yang Diinsuranskan itu;
- (b) Premium hendaklah dibayar setiap tahun;
- (c) Polisi ini akan dengan serta-merta luput dan akan berakhir apabila premium tidak dibayar; dan
- (d) Pembayaran atau penerimaan apa-apa premium di bawah ini selepas penamatan Polisi ini tidak boleh mewujudkan apa-apa liabiliti di pihak Syarikat tetapi bayaran balik Syarikat mana-mana premium itu tanpa faedah.

Syarikat berhak untuk mengkaji semula kadar premium yang boleh diguna pakai untuk semua Polisi Allianz Care - Individual bagi pelan yang sama. Syarikat akan memaklumkan Orang Yang Diinsuranskan itu secara bertulis sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari sebelum ulang tahun Polisi ini yang menyebabkan kadar premium tersebut dikaji semula.

4.29 BUKTI TUNTUTAN

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

4.30 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.

4.31 SUBROGASI

Jika Syarikat dipertanggungjawabkan 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.

4.32 PENAMATAN

Insurans di bawah Polisi ini akan tamat secara automatik:

- (a) Jika mana-mana premium dalam Polisi ini tidak dibayar pada waktu matangnya; atau
- (b) Sebaik saja Polisi ini terhenti; atau
- (c) Pada ulang tahun Polisi ini yang jatuh selepas hari lahir Orang Yang Diinsuranskan itu yang ke-79 tahun, yang mana terdahulu.

4.33 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.

4.34 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.

4.35 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.

4.36 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 kami 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 akan 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 ketahui sebagai berkaitan dengan keputusan kami 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 akan 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.

4.37 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 yang perlu dibayar akan dibayar sebagai tambahan kepada premium dan caj-caj lain yang berkenaan. Semua peruntukan dalam Polisi ini mengenai pembayaran premium dan keingkar akan turut digunapakai dengan Cukai Berkenaan.

5. PENGECUALIAN

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

- (a) Penyakit sedia ada;
- (b) Penyakit Tertentu yang berlaku dalam tempoh satu ratus dua puluh (120) hari pertama bagi perlindungan berterusan;
- (c) Apa-apa keadaan perubatan atau fizikal yang berlaku dalam tempoh tiga puluh (30) hari pertama perlindungan bagi Orang Yang Diinsuranskan, mengikut mana-mana yang terkini kecuali untuk kecederaan akibat kemalangan;

- (d) Pembedahan plastik/kosmetik, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasan atau pembedahan (Keratotomy Radial atau Lasik) dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik seperti anggota tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya;
- (e) 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;
- (f) 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;
- (g) Apa-apa rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan;
- (h) 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 ketidaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pensterilan;
- (i) Penghospitalan terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis, pemeriksaan sinar-x, pemeriksaan fizikal atau perubatan am, tidak berkaitan dengan rawatan atau diagnosis Hilang Upaya yang dilindungi yang tidak Perlu Dari Segi Perubatan dan apa-apa rawatan pencegahan, ubat atau pemeriksaan pencegahan yang dijalankan oleh Pakar Perubatan, dan rawatan khusus untuk mengurangkan atau menaikkan berat badan;
- (j) Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman;
- (k) 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;
- (l) 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;
- (m) 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;
- (n) 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;
- (o) 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;
- (p) Psikitik, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya);

- (q) 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;
- (r) 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;
- (s) Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan;
- (t) Belanja yang ditanggung untuk menukar jantina;
- (u) Keganasan.

6. PERUNTUKAN-PERUNTUKAN AM

Peruntukan-peruntukan Am di halaman ini dan halaman-halaman berikut diguna pakai untuk semua Polisi seperti yang disebutkan dalam Pernyataan Maklumat Polisi.

6.1 KONTRAK

- (a) Polisi ini dan Borang Cadangan, bersama-sama dengan semua perakuan dan/atau pernyataan berkaitan secara bertulis yang membentuk Polisi ini beserta apa-apa pengendorsan yang dibuat oleh Syarikat, adalah merupakan keseluruhan kontrak ini antara kedua-dua pihak. Jika ketiadaan penipuan atau premium yang tidak dibayar, Syarikat tidak akan mengelakkan Polisi ini atau menentang apa-apa tuntutan di bawahnya yang bergantung pada mana-mana pernyataan yang dibuat oleh atau bagi Syarikat manakala semua isu, perubahan, penepian, pelanjutan, representasi atau kontrak tidak akan berkuat kuasa melainkan jika ia dibuat secara bertulis dan ditandatangani oleh seseorang pegawai yang disebut tadi.
- (b) Hanya para pegawai Syarikat yang wajar memberi kuasa bagi Syarikat untuk mengeluarkan Polisi ini, mengubah atau menepikan mana-mana fasal atau hak yang terdapat pada Syarikat di bawah ini, untuk melanjutkan masa pembayaran apa-apa premium atau faedah, atau membuat apa-apa representasi atau kontrak bagi Syarikat manakala sebarang isu, perubahan, penepian, pelanjutan, representasi atau kontrak tidak akan berkuat kuasa melainkan jika ia dibuat secara bertulis dan ditandatangani oleh seseorang pegawai tadi.

6.2 BUKTI UMUR DAN JANTINA

- (a) Polisi ini telah dibuat berdasarkan umur yang ditunjukkan di dalam Penyata Penerangan Polisi yang menunjukkan umur akan datang Orang Yang Diinsuranskan. Jika umur telah tersilap di dalam Borang Cadangan, Syarikat mungkin mengubah jumlah diinsuranskan atau premium mengikut jumlah premium yang sepatutnya di bayar berdasarkan umur sebenar Orang Yang Diinsuranskan. Dimana Orang Yang Diinsuranskan, jika pada umur sebenar, tidak sepatutnya diinsuranskan, maka Syarikat akan memulangkan premium yang telah dibayar tanpa faedah.
- (b) Bukti umur mesti diserahkan kepada Syarikat sebelum pembayaran tuntutan dibuat.

6.3 ORANG YANG DIINSURANSKAN

Hanya Orang Yang Diinsuranskan itu yang boleh sepanjang hayat Orang Yang Diinsuranskan itu menggunakan semua hak, keistimewaan dan opsyen yang diperuntukkan kepadanya dalam Polisi ini.

6.4 NOTIS DAN BUKTI TUNTUTAN

Notis bertulis tentang Kecederaan atau Penyakit yang boleh dijadikan tuntutan perlu diberikan kepada Syarikat ini dalam masa tiga puluh (30) hari sejak bermulanya Kecederaan atau Penyakit tersebut.

Bukti yang kukuh tentang penginapan di Hospital yang boleh dijadikan tuntutan perlu dikemukakan kepada Syarikat dalam masa sembilan puluh (90) hari selepas tamatnya penginapan tadi. Kegagalan untuk mengemukakan bukti tadi dalam masa yang diperuntukkan tidak akan membatalkan apa-apa tuntutan jika ia dapat diperjelaskan dengan munasabah mengapa bukti tadi tidak dapat dikemukakan dan bagaimana bukti tersebut kemudiannya telah dikemukakan secepat mungkin yang munasabah.

6.5 TUNAI SEBELUM PERLINDUNGAN

Ia adalah asas dan syarat mutlak khas kontrak Insurans ini bahawa premium kena dibayar mestilah dibayar dan diterima oleh Syarikat sebelum tarikh mula perlindungan. Jika syarat ini tidak dipatuhi, maka insurans ini adalah secara automatik batal dan tidak sah.

PENTING

Orang Yang Diinsuranskan hendaklah membaca Polisi ini dengan berhati-hati. Jika terdapat sebarang kesilapan atau salah nyataan di Polisi ini, atau jika perlindungan yang diberikan tidak sejajar dengan hasrat Orang Yang Diinsuranskan, 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)

(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

