

Polisi

# ALLIANZ MEDICURE



# ALLIANZ MEDICURE

**BAHAWASANYA** Orang Yang Diinsuranskan atau Pemegang Polisi yang dinyatakan di dalam Jadual di sini melalui permohonan dan pengisytiharan yang akan menjadi asas bagi kontrak ini, telah memohon kepada **Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad 200601015674 (735426-V)** (selanjutnya disebut "**Syarikat**") bagi insurans yang terkandung di sini dan telah membayar atau bersetuju untuk membayar kepada **Syarikat** premium yang dinyatakan dalam **Jadual** atau endorsmen sebagai balasan bagi insurans tersebut.

Walaupun bagaimanapun peruntukan di dalam **Polisi** ini ("**Polisi**"), asas kontrak di atas bagi **Polisi** ini adalah tidak terpakai kepada **Orang Yang Diinsuranskan** yang merupakan seorang individu yang memeterai, mengubah atau memperbaharui kontrak insurans sepenuhnya bagi tujuan yang tidak berkaitan dengan **perdagangan, perniagaan** atau **profesion Orang Yang Diinsuranskan**.

**MAKA POLISI INSURANS INI MENJADI SAKSI** bahawa sekiranya semasa dalam **Tempoh Insurans**, apa-apa **Kesakitan, Penyakit, Sakit** atau **Kecederaan** memerlukan **Orang Yang Diinsuranskan** tinggal di **Hospital** untuk rawatan, **Syarikat** akan membayar kepada **Orang Yang Diinsuranskan** atau wakil **Orang Yang Diinsuranskan** yang sah dari segi undang-undang sejumlah amaun seperti yang dinyatakan dalam **Jadual Faedah** serta tertakluk pada terma dan syarat **Polisi** ini.

## 1. FAEDAH-FAEDAH

Faedah yang dinyatakan di bawah ini tertakluk kepada had maksimum atau **Deduktibel** (jika ada) yang dinyatakan di dalam **Jadual Faedah**.

Tertakluk bahawa jumlah keseluruhan faedah yang dibayar di bawah **Polisi** tidak melebihi had yang dinyatakan di bawah **Perenggan 3 (Had Faedah)**, **Syarikat** akan membayar atau membayar balik, sebagaimana yang berlaku, amaun yang relevan untuk faedah yang dinyatakan di bawah ini berdasarkan pelan yang dibeli sekiranya **Orang Yang Diinsuranskan** dimasukkan ke dalam **Hospital** untuk rawatan **Ketidakupayaan** semasa **Tempoh Insurans**.

### 1.1 BILIK HOSPITAL DAN MAKAN

#### (a) BILIK

**Syarikat** akan membayar caj sebenar yang **Perlu Secara Perubatan** untuk penginapan bilik dan makanan yang ditanggung oleh **Orang Yang Diinsuranskan** semasa memasukkan **Orang Yang Diinsuranskan** di dalam **Hospital** tertakluk kepada maksimum seratus dua puluh (120) hari. **Orang Yang Diinsuranskan** hanya layak mendapat faedah ini semasa berada di **Hospital** sebagai pesakit dalam.

#### (b) UNIT RAWATAN RAPI

**Syarikat** akan membayar caj sebenar yang **Perlu Secara Perubatan** untuk penginapan bilik dan makan yang ditanggung oleh **Orang Yang Diinsuranskan** semasa memasukkan **Orang Yang Diinsuranskan** dalam **Hospital** tertakluk kepada maksimum seratus dua puluh (120) hari. **Orang Yang Diinsuranskan** hanya layak mendapat faedah ini semasa berada di **Hospital** sebagai pesakit di dalam **Unit Rawatan Rapi**. Sekiranya tempoh dimasukkan di dalam **Unit Rawatan Rapi** melebihi had yang dinyatakan dalam **Jadual Faedah**, pembayaran balik akan berdasarkan harga bilik and makan **Hospital** yang standard.

Bagi mengelakkan keraguan, faedah bilik dan makan **Hospital** tidak akan dibayar untuk tempoh memasukkan yang sama sekiranya faedah harian **Unit Rawatan Rapi** dibayar.

### 1.2 BAYARAN PEMBEDAHAN

**Syarikat** akan membayar **Caj Yang Berpatutan dan Lazim** untuk **Pembedahan** yang disyorkan oleh **Pakar Perubatan** termasuk lawatan **Pakar Perubatan** untuk penilaian pra-pembedahan untuk **Orang Yang Diinsuranskan** dan rawatan selepas pembedahan sehingga maksimum enam puluh (60) hari dari tarikh **Pembedahan**.

### 1.3 BEKALAN DAN KHIDMAT HOSPITAL

**Syarikat** akan membayar caj sebenar yang dikenakan untuk perkhidmatan berikut yang **Perlu Secara Perubatan** semasa **Orang Yang Diinsuranskan** dimasukkan ke dalam **Hospital** sebagai pesakit dalam:

- jagaan am;
- dadah dan ubat yang dipreskripsikan dan dimakan;
- pencucian dan pembalutan anduh, acuan plaster;
- sinar-X;
- pemeriksaan makmal;
- elektrokardiogram;
- fisioterapi;
- ujian metabolisme basal;
- suntikan dan larutan intravena; dan
- pemberian darah dan plasma darah, tetapi tidak termasuk kos darah dan plasma.

### 1.4 BAYARAN PAKAR BIUS

**Syarikat** akan membayar **Caj Yang Berpatutan dan Lazim** untuk pemberian bahan bius oleh pakar bius.

### 1.5 BILIK BEDAH

**Syarikat** akan membayar **Caj Yang Berpatutan dan Lazim** untuk bilik bedah yang berkaitan dengan **Pembedahan**.

### 1.6 LAWATAN PENGAMAL PERUBATAN DALAM HOSPITAL

**Syarikat** akan membayar **Caj Yang Berpatutan dan Lazim** yang dikenakan oleh **Pengamal Perubatan** untuk lawatan wad pesakit dalam semasa berada di **Hospital** untuk **Ketidakupayaan** bukan pembedahan. **Syarikat** akan membayar caj bagi maksimum dua (2) lawatan sehari dan tidak melebihi maksimum seratus dua puluh (120) hari.

### 1.7 UJIAN DIAGNOSTIK PRA-HOSPITAL

**Syarikat** akan membayar balik caj untuk elektrokardiogram ("ECG"), sinar-X dan ujian makmal yang **Perlu Secara Perubatan** dan dilakukan sebelum **Orang Yang Diinsuranskan** dimasukkan ke dalam **Hospital** disebabkan **Ketidakupayaan** untuk tujuan diagnostik dengan syarat **Syarikat** hanya akan membayar balik caj yang ditanggung sehingga maksimum enam puluh (60) hari sebelum **Penghospitan** dan ujian tersebut disyorkan oleh **Pengamal Perubatan**.

**Syarikat** tidak akan membayar balik kos ujian diagnostik, ubat dan kos perundingan yang dikenakan oleh **Pengamal Perubatan** untuk ujian diagnostik sekiranya diagnostik **Ketidakupayaan** tersebut tidak memerlukan **Penghospitan**.

### 1.8 RUNDINGAN PAKAR PRA-HOSPITAL

**Syarikat** akan membayar balik caj untuk rundingan kali pertama dengan **Pakar Perubatan** berhubung dengan **Ketidakupayaan** sebelum **Orang Yang Diinsuranskan** dimasukkan ke dalam **Hospital** untuk **Ketidakupayaan** tersebut dengan syarat **Syarikat** hanya akan membayar balik caj yang ditanggung sehingga maksimum enam puluh (60) hari sebelum **Penghospitan** dan tertakluk bahawa rundingan tersebut **Perlu Secara Perubatan**.

**Syarikat** tidak akan membayar balik sebarang caj untuk rawatan klinikal (termasuk ubat-ubatan dan rundingan selanjutnya) selepas **Ketidakupayaan** didiagnos atau sekiranya **Orang Yang Diinsuranskan** tidak memerlukan **Penghospitan** untuk rawatan **Ketidakupayaan** yang telah didiagnos.

### 1.9 PENDAPAT KEDUA PEMBEDAHAN

**Syarikat** akan membayar balik caj sebenar untuk rundingan atau pendapat dengan **Pakar Perubatan** kedua dalam tempoh enam puluh (60) hari dari tarikh rundingan pertama dengan **Pakar Perubatan** pertama untuk menentukan samada

operasi pembedahan **Perlu Secara Perubatan** atau diperlukan disebabkan **Ketidakupayaan Orang Yang Diinsuranskan**. Faedah ini hanya dibayar sekiranya **Orang Yang Diinsuranskan** dimasukkan ke dalam **Hospital** selanjutnya.

#### 1.10 ELAUN TUNAI DI HOSPITAL KERAJAAN

**Syarikat** akan membayar elaun harian untuk setiap hari **Penghospitalan** dalam Hospital Kerajaan Malaysia untuk **Ketidakupayaan** yang dilindungi di bawah **Polisi** ini tertakluk bahawa caj bilik dan makan ditanggung oleh **Orang Yang Diinsuranskan** tidak melebihi amaun yang dinyatakan dalam **Jadual Faedah** untuk faedah bilik dan makan.

#### 1.11 RAWATAN SELEPAS PENGHOSPITALAN

**Syarikat** akan membayar balik caj ditanggung untuk rawatan susulan yang **Perlu Secara Perubatan** oleh **Pengamal Perubatan** yang sama sehingga maksimum enam puluh (60) hari selepas keluar dari **Hospital**. Faedah ini merangkumi perlindungan untuk bekalan ubat-ubatan yang dipreskripsikan semasa rawatan susulan sehingga maksimum enam puluh (60) hari.

#### 1.12 PROSEDUR PENJAGAAN HARIAN

**Syarikat** akan membayar caj sebenar ditanggung termasuk semua kos sampingan yang dikenakan oleh **Hospital** atau pusat pakar penjagaan harian untuk **Prosedur Penjagaan Harian** yang memerlukan penggunaan kemudahan pemulihan yang **Perlu Secara Perubatan** yang dirujuk oleh **Pengamal Perubatan**.

#### 1.13 BAYARAN AMBULANS

**Syarikat** akan membayar balik caj sebenar ditanggung yang **Perlu Secara Perubatan** untuk perkhidmatan darat ambulans domestik (termasuk atendan) ke dan/atau dari **Hospital**. Tiada pembayaran balik akan dibuat sekiranya **Orang Yang Diinsuranskan** tidak dimasukkan ke dalam **Hospital**.

#### 1.14 PEMBAYARAN BALIK BAYARAN LAPORAN PERUBATAN

**Syarikat** akan membayar balik caj sebenar ditanggung untuk sebarang laporan perubatan yang diperlukan oleh **Syarikat**.

#### 1.15 PENJAGAAN KEJURURAWATAN DI RUMAH

**Syarikat** akan membayar balik caj sebenar ditanggung untuk **Penjagaan Kejururawatan Di Rumah** yang diberikan oleh jururawat Negeri yang berdaftar atau jururawat Kerajaan yang berlesen untuk rawatan yang berterusan untuk **Ketidakupayaan** yang berkaitan dengan kemasukan **Orang Yang Diinsuranskan** ke **Hospital** dengan syarat perkhidmatan tersebut **Perlu Secara Perubatan** dan dipreskripsi oleh **Pengamal Perubatan** sama yang merawat.

Faedah yang dibayar tidak akan melebihi had maksimum seperti yang dinyatakan dalam **Jadual Faedah**. **Penjagaan Kejururawatan Di Rumah** hendaklah diberikan dalam masa tujuh (7) hari setelah **Orang Yang Diinsuranskan** keluar dari **Hospital** tertakluk kepada tempoh **Penghospitalan** minima selama tiga (3) hari.

#### 1.16 RAWATAN KECEMASAN KEMALANGAN PESAKIT LUAR

**Syarikat** akan membayar balik caj ditanggung untuk rawatan yang **Perlu Secara Perubatan** sebagai **Pesakit Luar** bagi **Kecederaan** disebabkan **Kemalangan** di mana-mana klinik yang berdaftar atau **Hospital** yang dirawat dalam tempoh dua puluh empat (24) jam dari belakunya **Kemalangan**. Caj yang ditanggung dari rawatan susulan oleh **Pengamal Perubatan** yang sama di klinik yang berdaftar atau **Hospital** untuk **Kecederaan** yang sama akan dilindungi di bawah faedah ini sehingga maksimum enam puluh (60) hari.

#### 1.17 RAWATAN KANSER PESAKIT LUAR

**Syarikat** akan membayar **Caj Yang Berpatutan dan Lazim** ditanggung untuk rawatan **Kanser** dilakukan di pusat rawatan **Kanser** yang berdaftar secara sah atau **Hospital**. Faedah ini tidak termasuk caj ditanggung untuk rundingan dan ujian pemeriksaan berkaitan dengan **Kanser**.

Rawatan yang diterima mestilah sebagai **Pesakit Luar** di **Hospital** atau pusat rawatan **Kanser** yang berdaftar sebaik sahaja keluar dari **Hospital**.

#### 1.18 RAWATAN DIALISIS BUAH PINGGANG PESAKIT LUAR

**Syarikat** akan membayar balik **Caj Yang Berpatutan dan Lazim** yang ditanggung untuk dialisis buah pinggang yang dilakukan di pusat dialisis yang berdaftar atau **Hospital**. Faedah ini tidak melindungi caj ditanggung untuk rundingan, ujian pemeriksaan dan dadah yang dibawa pulang yang berkaitan dengan dialisis.

Dialisis yang diterima mestilah di jabatan **Pesakit Luar** atau pusat rawatan dialisis yang berdaftar sebaik sahaja keluar dari **Hospital**.

#### 1.19 ELAUN BELAS EHSAN

Sekiranya berlakunya kematian **Orang Yang Diinsuranskan** disebabkan oleh **Kemalangan**, **Syarikat** akan membayar wakil **Orang Yang Diinsuranskan** yang sah dari segi undang-undang sejumlah amaun yang dinyatakan dalam **Jadual Faedah**.

Faedah ini tidak tertakluk kepada apa-apa **Deduktibel**.

## 2. PILIHAN PELAN DEDUKTIBEL DAN KEMUDAHAN TANPA TUNAI

### 2.1 DEDUKTIBEL

Sekiranya pilihan **Pemegang Polisi** untuk **Deduktibel** terpakai, **Syarikat** akan membayar balik baki **Perbelanjaan Yang Layak** (sekiranya ada) yang tidak dibayar balik oleh mana-mana polisi lain setelah menolak **Deduktibel** dari **Perbelanjaan Yang Layak** yang ditanggung semasa **Tempoh Insurans**, tertakluk kepada terma yang dinyatakan dalam **Polisi** ini.

Liabiliti **Syarikat** hanya akan bermula apabila **Perbelanjaan Yang Layak** telah melebihi pilihan amaun **Deduktibel** semasa **Tempoh Insurans**.

**Pemegang Polisi** boleh memilih untuk meningkatkan atau mengurangkan amaun **Deduktibel** semasa pembaharuan **Polisi** sahaja. **Orang Yang Diinsuranskan** di bawah **Polisi** yang sama boleh memilih amaun **Deduktibel** yang berlainan.

Had **Deduktibel** tidak terpakai untuk faedah 1.10 (Elaun Tunai di Hospital Kerajaan) dan 1.19 (Elaun Belas Ehsan).

### 2.2 KEMASUKAN DAN KELUAR DARI HOSPITAL TANPA TUNAI

**Polisi** ini diperluaskan untuk memberi **Orang Yang Diinsuranskan** kemudahan tanpa tunai yang membenarkan **Orang Yang Diinsuranskan** dimasukkan ke dalam **Hospital** tanpa tunai dengan syarat kemasukan tersebut di **Hospital** panel **Syarikat** dan tertakluk kepada terma dan syarat **Polisi** ini. Kemudahan tanpa tunai ini tersedia untuk semua faedah yang dinyatakan dalam **Jadual Faedah** kecuali faedah rawatan **Pesakit Luar**, rundingan pra-hospital, prosedur diagnostik, kos selepas penghospitalan, elaun tunai di Hospital Kerajaan dan elaun belas ehsan yang hendaklah dituntut secara pembayaran balik.

**Orang Yang Diinsuranskan** perlulah mendapatkan pra kebenaran dari wakil **TPA** kami yang sah untuk semua kemasukan yang dirancang sekurang-kurangnya empat puluh lapan (48) jam sebelum kemasukan yang sebenar.

Sekiranya **Orang Yang Diinsuranskan** memilih **Deduktibel**, **Orang Yang Diinsuranskan** perlu membayar bil perubatan sehingga amaun **Deduktibel** yang dipilih telah dipenuhi semasa **Tempoh Insurans**. Sekiranya **Deduktibel** telah dipenuhi semasa **Tempoh Insurans**, **TPA** akan menguruskan **Perbelanjaan Yang Layak** untuk dibayar kepada **Hospital**.

### 3. HAD FAEDAH

#### 3.1 HAD FAEDAH

Liabiliti **Syarikat** hendaklah tidak melebihi Had Tahunan Keseluruhan yang dinyatakan dalam **Jadual Faedah** bagi mana-mana **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”) apabila menentukan bayaran yang dikenakan oleh **Pengamal Perubatan** atau **Hospital**.

Selanjutnya, faedah yang dibayar berkenaan dengan perbelanjaan yang ditanggung untuk rawatan yang diberikan kepada **Orang Yang Diinsuranskan** akan terhad kepada:

- (a) **Caj Yang Berpatutan dan Lazim** untuk rawatan yang diberikan;
- (b) pelan pilihan bagi **Polisi** yang dikeluarkan dan premium yang sudah dibayar;
- (c) Had Tahunan Keseluruhan yang dinyatakan dalam **Jadual Faedah** tanpa mengira apa-apa jenis **Ketidakupayaan**. Sekiranya terdapat lebih daripada seorang **Orang Yang Diinsuranskan** di bawah **Polisi** ini, Had Tahunan Keseluruhan akan dikenakan secara berasingan bagi setiap **Orang Yang Diinsuranskan** semasa **Tempoh Insurans**. Sekiranya Had Tahunan Keseluruhan telah dibayar sepenuhnya semasa **Tempoh Insurans**, semua faedah di bawah **Polisi** ini tidak akan lagi dibayar bagi **Orang Yang Diinsuranskan** dengan serta merta untuk baki tahun semasa.
- (d) perbelanjaan perubatan yang tidak dibayar balik sepenuhnya oleh mana-mana insurans perubatan, faedah pekerja atau undang-undang atau program kerajaan yang lain di mana **Orang Yang Diinsuranskan** telah menerima pampasan atau pembayaran balik untuk perbelanjaan perubatan tersebut dengan syarat **Syarikat** hanya akan menanggung **Perbelanjaan Yang Layak** yang melebihi had insurans lain tertakluk sentiasa dengan had berkenaan yang dinyatakan dalam **Jadual Faedah**.

### 4. SYARAT-SYARAT

#### 4.1 PENAMBAHAN ORANG YANG DIINSURANSKAN

Individu yang layak untuk diinsuranskan di bawah **Polisi** ini akan dari semasa ke semasa ketika **Polisi** berkuat kuasa dimasukkan sebagai **Orang Yang Diinsuranskan** bagi perlindungan ini sekiranya:

- (a) **Pemegang Polisi** memohon untuk kemasukan tersebut;
- (b) individu tersebut layak sebagai **Orang Yang Diinsuranskan** selaras dengan kriteria kelayakan penerimaan oleh **Syarikat**; dan
- (c) premium tambahan yang diperlukan telah dibayar.

Liabiliti **Syarikat** tidak bermula sehinggalah endorsmen telah dikeluarkan untuk memasukkan individu berkenaan sebagai **Orang Yang Diinsuranskan** di bawah **Polisi** ini.

#### 4.2 PINDAAN

**Syarikat** berhak meminda terma dan syarat **Polisi** ini dan pindaan kepada **Polisi** ini hanya akan sah jika dibenarkan secara bertulis oleh **Syarikat** dan diendoskan kepadanya. Sebarang pindaan akan berkuat kuasa dari pembaharuan berikutnya bagi **Polisi** ini.

**Syarikat** akan memberi notis awal tiga puluh (30) hari secara bertulis kepada **Pemegang Polisi** ke alamat terakhir yang diketahui mengikut rekod **Syarikat** sebelum sebarang pindaan berkuat kuasa.

#### 4.3 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**”) 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, **Syarikat** berhak mengenakan sebarang **Cukai Berkenaan** sepertimana dibenarkan oleh undang-undang Malaysia. **Cukai Berkenaan** yang perlu dibayar akan dikenakan sebagai tambahan kepada Premium dan caj-kejain lain yang berkenaan. Semua peruntukan dalam **Polisi** ini mengenai pembayaran premium dan keingkaran akan turut digunapakai dengan **Cukai Berkenaan**.

#### 4.4 SIJIL, MAKLUMAT DAN BUKTI

Semua sijil, maklumat dan bukti seperti yang dikehendaki oleh **Syarikat** hendaklah diserahkan atas perbelanjaan **Orang Yang Diinsuranskan** dan dalam bentuk tertentu yang mungkin dikehendaki oleh **Syarikat**. Semua notis apabila dikehendaki oleh **Syarikat** dari **Orang Yang Diinsuranskan** hendaklah diserahkan secara bertulis dan dialamatkan kepada **Syarikat**. **Syarikat** berhak meminta untuk memeriksa **Orang Yang Diinsuranskan** yang mana **Kecederaan** atau **Sakit, Penyakit, atau Kesakitan** telah menjadi asas tuntutan dan sekerap yang diperlukan semasa tuntutan tersebut sedang dinilai. Selaras dengan ini, **Orang Yang Diinsuranskan** hendaklah, atas permintaan dan perbelanjaan **Syarikat**, membuat pemeriksaan perubatan apabila ia dianggap perlu.

#### 4.5 PERUBAHAN RISIKO

**Pemegang Polisi** atau **Orang Yang Diinsuranskan**, mana-mana yang mungkin, hendaklah memberi notis segera secara bertulis kepada **Syarikat** mengenai sebarang perubahan penting dalam maklumat yang diberikan kepada **Syarikat** semasa **Polisi** ini mula-mula dipohon.

#### 4.6 TUNTUTAN

##### (a) Notis & Prosedur Tuntutan

Notis Tuntutan – **Orang Yang Diinsuranskan** hendaklah memberi notis bertulis kepada **Syarikat** dalam tempoh tiga puluh (30) hari selepas berlaku **Ketidakupayaan** dengan menyatakan butiran lengkap kejadian tersebut termasuk bil dan resit asal serta laporan lengkap **Pengamal Perubatan** mengenai diagnosis **Ketidakupayaan** yang dirawat dan tarikh bermulanya **Ketidakupayaan** menurut pandangan **Pengamal Perubatan** dan ringkasan kos rawatan termasuk ubat-ubatan dan servis yang dijalankan oleh **Pengamal Perubatan**.

Bukti Kerugian/Tuntutan – Bukti sah **Penghospitalan** termasuk ringkasan discaj dan laporan perubatan yang mana tuntutan dibuat ke atasnya, hendaklah diberikan kepada **Syarikat** dalam tempoh sembilan puluh (90) hari dari tarikh **Orang Yang Diinsuranskan** telah didiscaj dari **Hospital**. Kegagalan untuk memberikan bukti sedemikian dalam masa yang ditetapkan tidak akan membatalkan sebarang tuntutan sekiranya mustahil untuk memberikan bukti dalam masa yang ditetapkan dan bukti sedemikian perlu diberikan secepat mungkin dalam apa keadaan pun.

Sekiranya **Orang Yang Diinsuranskan** telah memilih pilihan **Deduktibel**, **Orang Yang Diinsuranskan** hendaklah menyediakan bukti tuntutan dengan memberikan bil asal, resit dan Nota Penyelesaian Bayaran/Discaj untuk:

- (i) **Perbelanjaan Yang Layak** ditanggung sehingga amaun **Deduktibel** pilihan; dan
- (ii) **Perbelanjaan Yang Layak** ditanggung melebihi amaun **Deduktibel** pilihan.

##### (b) Bayaran Tuntutan

Sekiranya **Syarikat** menjamin pembayaran kepada **Hospital**, **Syarikat** akan membayar tuntutan tersebut kepada **Hospital**.

Justeru itu, telah dipersetujui bahawa apa-apa kebenaran untuk membuat bayaran ke **Hospital** akan dianggap sebagai sebahagian daripada kemudahan tanpa tunai yang diberikan kepada **Orang Yang Diinsuranskan**.

#### (c) Tuntutan Tidak Lengkap

Semua tuntutan hendaklah diserahkan kepada **Syarikat** dalam tempoh tiga puluh (30) hari selepas selesai kejadian yang menyebabkan tuntutan dibuat. Tuntutan dianggap tidak lengkap dan kelayakan faedah tidak akan dibayar melainkan semua bil/invois bagi tuntutan tersebut telah diserahkan dan dipersetujui oleh **Syarikat**. Hanya perbelanjaan sebenar yang akan dipertimbangkan untuk pembayaran balik. Sebarang perubahan atau pengecualian dari perkara di atas adalah mengikut budi bicara **Syarikat**.

#### 4.7 SYARAT TERDAHULU KEPADA LIABILITI

Pematuhan dan pelaksanaan terma, peruntukan dan syarat **Polisi** ini dengan sewajarnya oleh **Pemegang Polisi** atau **Orang Yang Diinsuranskan** dan selagi berkaitan dengan apa-apa yang perlu dilakukan atau dipatuhi oleh **Pemegang Polisi** atau **Orang Yang Diinsuranskan** hendaklah menjadi syarat terdahulu apa-apa liabiliti **Syarikat** untuk membuat bayaran di bawah **Polisi** ini.

#### 4.8 TEMPOH BERTENANG

Jika **Pemegang Polisi** membuat keputusan untuk tidak mengambil **Polisi** ini selepas **Polisi** telah dikeluarkan, **Pemegang Polisi** boleh mengembalikan **Polisi** kepada **Syarikat** untuk pembatalan dengan syarat permohonan untuk pembatalan dihantar oleh **Pemegang Polisi** kepada **Syarikat** dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh **Polisi** diterima oleh **Pemegang Polisi**. **Pemegang Polisi** layak menerima balik premium penuh yang telah dibayar ditolak belanja pemeriksaan perubatan, jika ada, yang ditanggung oleh **Syarikat** untuk mengeluarkan **Polisi** ini. Bagi mengelakkan keraguan, tempoh bertenang ini hanya sah digunakan untuk terbitan pertama **Polisi** ini dan tidak sah digunakan untuk sebarang terbitan **Polisi** ini seterusnya.

#### 4.9 PERUBAHAN PELAN

**Pemegang Polisi** tidak boleh menukar pelan yang dipilih untuk **Polisi** ini semasa **Tempoh Insurans** masih ada. Sebarang perubahan yang diminta oleh **Pemegang Polisi** tertakluk kepada pengunderaitan **Syarikat** dan hanya akan berkuat kuasa dari **Pembaharuan** seterusnya.

#### 4.10 PEMBAYARAN MATA WANG

Semua bayaran di bawah **Polisi** ini akan dibuat dalam mata wang Malaysia yang sah. Sekiranya **Orang Yang Diinsuranskan** meminta pembayaran dalam mata wang lain maka amaun tersebut akan dibayar dalam mata wang yang diminta seperti yang boleh dibeli di Malaysia dengan kadar pasaran mata wang semasa tarikh penyelesaian tuntutan.

#### 4.11 KEWAJIPAN PENDEDAHAN

##### (a) Kontrak Insurans Pengguna

Menurut Perenggan 5 Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika **Pemegang Polisi** dan/atau **Orang Yang Diinsuranskan** telah memohon insurans ini sepenuhnya bagi tujuan yang tidak berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion **Pemegang Polisi** dan/atau **Orang Yang Diinsuranskan**, **Pemegang Polisi** dan/atau **Orang Yang Diinsuranskan** mempunyai kewajipan bagi mengambil langkah yang munasabah untuk tidak melakukan salah nyataan semasa menjawab soalan-soalan di dalam borang cadangan dan semua soalan-soalan yang dikehendaki oleh **Syarikat** dijawab dengan lengkap dan tepat serta mendedahkan sebarang perkara lain diketahui oleh **Pemegang Polisi** dan/atau **Orang Yang Diinsuranskan** yang berkaitan dengan keputusan **Syarikat** untuk menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai, jika sebaliknya ia boleh menyebabkan pengelakan kontrak, penolakan atau pengurangan tuntutan, penukaran terma atau penamatan kontrak. **Kewajipan pendedahan ini berterusan sehingga masa kontrak tersebut dimeterai, diubah atau diperbaharui.**

##### (b) Kontrak Insurans Bukan Pengguna

Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika **Pemegang Polisi** dan/atau **Orang Yang Diinsuranskan** telah memohon insurans ini sepenuhnya bagi tujuan yang berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion **Pemegang Polisi**

dan/atau **Orang Yang Diinsuranskan**, **Pemegang Polisi** dan/atau **Orang Yang Diinsuranskan** mempunyai kewajipan untuk mendedahkan sebarang perkara lain diketahui oleh **Pemegang Polisi** dan/atau **Orang Yang Diinsuranskan** yang berkaitan dengan keputusan **Syarikat** untuk menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai, dan apa-apa perkara yang mana seorang yang munasabah dalam perkara tersebut boleh dijangka akan tahu ianya berkaitan, jika sebaliknya ia boleh menyebabkan pengelakan kontrak, penolakan atau pengurangan tuntutan, penukaran terma atau penamatan kontrak. **Kewajipan pendedahan ini berterusan sehingga masa kontrak tersebut dimeterai, diubah atau diperbaharui.**

(c) **Pemegang Polisi** dan **Orang Yang Diinsuranskan** juga mempunyai kewajipan memaklumkan kepada **Syarikat** dengan segera sekiranya pada bila-bila masa, selepas kontrak **Polisi** dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan **Syarikat**, sebarang maklumat yang diberikan adalah tidak tepat atau telah berubah.

#### 4.12 KELAYAKAN

Semua warganegara Malaysia, penduduk tetap Malaysia yang bermastautin di Malaysia, pemegang permit dan pas kerja yang bermastautin secara sah di Malaysia dengan akaun bank tempatan dan semuanya dari umur tiga puluh (30) hari hingga maksimum enam puluh sembilan (69) tahun berdasarkan umur pada hari lahir seterusnya dan **Tanggungannya** mereka juga layak dilindungi di bawah **Polisi** ini. Perlindungan **Orang Yang Diinsuranskan** boleh diperbaharui sehingga umur tujuh puluh sembilan (79) tahun berdasarkan umur hari lahir seterusnya.

Sekiranya **Polisi** ini dibeli untuk melindungi para pekerja **Pemegang Polisi**, umur minima pekerja yang dilindungi hendaklah dari umur enam belas (16) tahun berdasarkan umur hari lahir seterusnya.

#### 4.13 WILAYAH GEOGRAFI

Semua faedah yang disediakan dalam **Polisi** ini terpakai di seluruh dunia untuk tempoh dua puluh empat jam (24) sehari tertakluk kepada Syarat 4.19 (Rawatan Luar Negara) dan 4.24 (Perjalanan Ke Luar Negara).

#### 4.14 UNDANG-UNDANG MENGAWAL SELIA

**Polisi** ini dikeluarkan di bawah undang-undang Malaysia dan tertakluk kepada dan dikawal selia oleh undang-undang Malaysia.

#### 4.15 PROSEDUR UNDANG-UNDANG

Tindakan undang-undang atau ekuiti tidak boleh diambil 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 tangguh satu (1) tahun kalendar dari masa bukti bertulis bagi kerugian itu diberikan, menyerahkan bukti kerugian yang berkaitan kepada **Syarikat** dengan alasan yang kukuh bagi kegagalan mematuhi terma **Polisi** ini. Penerimaan bukti kerugian itu adalah semata-mata dan sepenuhnya mengikut budi bicara **Syarikat**. Selepas tempoh tangguh tamat, **Syarikat** tidak akan menerima walau dengan apa alasan sekalipun, bukti bertulis tentang kerugian itu.

#### 4.16 SILAP NYATA ATAU PENINGGALAN FAKTA PENTING

Tertakluk kepada kewajipan pendedahan oleh **Pemegang Polisi** atau **Orang Yang Diinsuranskan**, mana-mana yang mungkin, sekiranya sebarang jawapan, pendedahan atau perwakilan oleh **Pemegang Polisi** atau **Orang Yang Diinsuranskan** di dalam cadangan atau pengisytiharan atau pertanyaan dinyatakan secara sengaja atau secara melulu sebelum kontrak insurans dimeterai, diubah atau diperbaharui atau **Pemegang Polisi** atau **Orang Yang Diinsuranskan** gagal mendedahkan sebarang fakta relevan di mana **Pemegang Polisi** atau **Orang Yang Diinsuranskan** mengetahui bahawasanya relevan kepada keputusan **Syarikat** untuk menerima atau tidak risiko ini dan pada kadar dan terma yang akan terpakai, **Polisi** ini akan terbatal.

Sekiranya tuntutan yang dibuat adalah palsu atau keterlaluan atau ada pengisytiharan atau pernyataan palsu yang dibuat untuk menyokong tuntutan tersebut, maka **Syarikat** berhak untuk menamatkan Polisi ini atau perlindungan **Orang Yang Diinsuranskan**, mana-mana yang mungkin.

#### 4.17 SILAP NYATA UMUR

Sekiranya **Orang Yang Diinsuranskan** salah nyata umur dan menyebabkan premium yang dibayar tidak mencukupi, sebarang tuntutan di bawah **Polisi** ini akan dibayar secara prorata bersamaan dengan nisbah premium sebenar yang perlu dibayar untuk tahun tersebut. Sebarang premium yang berlebihan yang mungkin dibayar kerana salah nyata umur akan dipulangkan kembali tanpa faedah.

Sekiranya pada umur yang betul **Orang Yang Diinsuranskan** tidak layak mendapatkan perlindungan dibawah **Polisi** ini, tiada faedah akan dibayar.

#### 4.18 NOTIS

Setiap notis atau komunikasi kepada **Syarikat** hendaklah secara bertulis dan dihantar kepada **Syarikat**.

#### 4.19 RAWATAN LUAR NEGARA

Sekiranya **Orang Yang Diinsuranskan** mendapatkan rawatan di **Luar Negara**, faedah yang relevan dibawah **Polisi** ini akan merangkumi rawatan tersebut tertakluk kepada syarat-syarat yang dinyatakan dalam **Polisi** ini dengan syarat:

- (a) **Orang Yang Diinsuranskan** melakukan perjalanan ke **Luar Negara** dengan alasan selain daripada rawatan perubatan tetapi kemudiannya perlu dimasukkan ke dalam **Hospital Luar Negara** disebabkan **Kecemasan**; atau
- (b) **Pengamal Perubatan** yang mencadangkan **Orang Yang Diinsuranskan** perlu dipindahkan ke **Hospital Luar Negara** kerana jenis rawatan, bantuan, maklumat atau keputusan yang khusus tidak boleh diberikan, dipenuhi atau diperolehi di Malaysia.

**Syarikat** akan merujuk kepada jadual fi – Fi Profesional yang dinyatakan dalam Jadual Ketiga Belas dibawah **AKTA** atau apa-apa Jadual selanjutnya yang terpakai pada masa tersebut untuk memastikan bayaran perlu yang dibuat untuk kos rawatan menurut tuntutan **Orang Yang Diinsuranskan** dan semua faedah berkenaan rawatan **Luar Negara** akan berbayar berdasarkan kadar tukaran rasmi yang berlaku pada hari terakhir **Penghospitalan Orang Yang Diinsuranskan**.

Kos pengangkutan yang ditanggung oleh **Orang Yang Diinsuranskan** untuk melakukan perjalanan atau berulang-alik ke tempat rawatan semasa di **Luar Negara** dan apa-apa kos repatriasi akan ditanggung oleh **Orang Yang Diinsuranskan**.

#### 4.20 PEMILIKAN POLISI

Kecuali dinyatakan secara nyata melalui endorsemen kepada **Polisi**, **Syarikat** berhak menganggap **Pemegang Polisi** sebagai pemilik mutlak **Polisi**. **Syarikat** tidak terikat untuk mengiktiraf apa-apa tuntutan ekuiti atau tuntutan lain atau kepentingan dalam **Polisi**, dan penerimaan **Polisi** atau faedah oleh **Orang Yang Diinsuranskan** (atau oleh wakilnya yang sah) merupakan pelepasan efektif bagi semua obligasi dan liabiliti **Syarikat**.

#### 4.21 TEMPOH PERLINDUNGAN DAN PEMBAHARUAN

**Polisi** ini 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** ini boleh dibaharui pada kadar premium yang berkuat kuasa pada masa tersebut seperti yang diberitahu oleh **Syarikat**.

**Polisi** ini boleh diperbaharui tertakluk kepada terma dan syarat pada setiap tarikh ulang tahun **Polisi**. Premium pembaharuan tidak dijamin dan **Syarikat** berhak menyemak semula kadar premium. **Syarikat** akan memaklumkan kepada **Orang Yang Diinsuranskan** mengenai perubahan kadar premium dengan memberi notis bertulis sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari sebelum **Ulang Tahun Polisi** seterusnya dan sebarang perubahan kadar premium akan berkuat kuasa pada **Ulang Tahun Polisi** tersebut. Perubahan tersebut, jika ada, hendaklah terpakai

kepada semua **Orang Yang Diinsuranskan** tanpa mengambil kira pengalaman tuntutan mereka berdasarkan penilaian risiko oleh **Syarikat**.

**Polisi** ini diperbaharui secara tahunan, mengikut pilihan **Pemegang Polisi** tertakluk kepada terma, syarat dan penamatan pada setiap **Ulang Tahun Polisi**. Premium pembaharuan yang perlu dibayar tidak dijamin dan pelarasan premium adalah berdasarkan keadaan kesihatan **Orang Yang Diinsuranskan** dan pengalaman tuntutan **Syarikat**.

#### 4.22 SYARAT PENGELUARAN PORTFOLIO

**Syarikat** berhak membatalkan portfolio produk perubatan jika dianggap wajar dan menghentikan pengunderaitan produk insurans ini.

**Syarikat** akan memberi notis bertulis tiga puluh (30) hari kepada **Pemegang Polisi** mengenai hasrat **Syarikat** untuk menghentikan pengunderaitan produk insurans ini di mana selepas itu **Syarikat** akan berhenti menerima sebarang perlindungan baharu di bawah **Polisi** ini dan tidak akan menawarkan pembaharuan untuknya selepas tamat **Tempoh Insurans**. Walau bagaimanapun, semua perlindungan yang masih ada di bawah **Polisi** ini akan diteruskan sehingga tamat **Tempoh Insurans**.

#### 4.23 PERUNTUKAN BAYARAN PREMIUM

Semua premium yang dibayar di bawah **Polisi** ini hendaklah dibayar kepada **Syarikat** pada atau sebelum **Ulang Tahun Polisi** menggunakan satu (1) kaedah bayaran yang dibenarkan oleh **Syarikat**. Sebarang kegagalan untuk membayar premium pada tarikh perlu dibayar akan menyebabkan terhutang kepada **Syarikat**.

#### 4.24 PERJALANAN KE LUAR NEGARA

Tiada faedah apa pun yang akan dibayar untuk rawatan perubatan yang diterima oleh **Orang Yang Diinsuranskan** di luar Malaysia sekiranya **Orang Yang Diinsuranskan** melakukan perjalanan selama lebih daripada sembilan puluh (90) hari secara berturut-turut.

#### 4.25 SUBROGASI

Sekiranya **Syarikat** dipertanggungjawabkan untuk membuat apa-apa bayaran di bawah **Polisi** ini, semua hak dan remedi bagi **Orang Yang Diinsuranskan** terhadap mana-mana pihak akan disubrogasi ke **Syarikat** setakat bayaran tersebut dan berhak atas belanjanya sendiri membuat dakwaan atas nama **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**.

#### 4.26 POLISI DITINGKATKAN

Sekiranya had faedah di bawah **Polisi** ini ditingkatkan semasa tengah berkuat kuasa atau semasa **Pembaharuan** atau pengembalian semula dan **Orang Yang Diinsuranskan** telah mengalami **Ketidakupayaan** sebelum peningkatan had, had faedah yang relevan yang berbayar untuk **Ketidakupayaan** tersebut hendaklah tidak melebihi had faedah sebelum tarikh peningkatan dan kenaikan had faedah.

#### 4.27 BAYARAN BERSAMA BILIK DAN MAKAN DITINGKATKAN

Sekiranya **Orang Yang Diinsuranskan** dimasukkan ke **Hospital** pada kadar Bilik dan Makan yang diumumkan yang lebih tinggi daripada kelayakkan faedahnya, **Orang Yang Diinsuranskan** mestilah menanggung dua puluh peratus (20%) daripada faedah lain yang dia layak terima yang dinyatakan dalam **Jadual Faedah**.

#### 4.28 TEMPOH TANGGUH

Perlindungan untuk **Orang Yang Diinsuranskan** dibawah **Polisi** ini tertakluk kepada **Tempoh Tangguh** kecuali **Orang Yang Diinsuranskan** dimasukkan ke dalam **Hospital** disebabkan **Kemalangan** yang dilindungi berlaku selepas tarikh perlindungan berkuat kuasa.

#### 4.29 HAD SEKATAN DAN KLAUSA PENGECUALIAN

Tiada penanggung insurans/penanggung insurans bersama dianggap memberikan perlindungan dan tiada penanggung insurans/penanggung insurans bersama bertanggungjawab untuk membayar apa-apa tuntutan atau memberi apa-apa faedah dibawah Polisi ini, dimana pembayaran tuntutan atau provisi untuk faedah berkaitan akan mendedahkan penanggung insurans/penanggung insurans bersama itu kepada apa-apa sekatan, larangan atau sekatan di bawah resolusi Pertubuhan Bangsa-bangsa Bersatu atau sekatan perdagangan, ekonomi atau undang-undang atau peraturan-peraturan Kesatuan Eropah, United Kingdom atau Amerika Syarikat.

#### 4.30 PENAMATAN INSURANS

##### (a) Penamatan oleh Pemegang Polisi atau Orang Yang Diinsuranskan

Sekiranya **Pemegang Polisi** atau **Orang Yang Diinsuranskan**, mana-mana yang mungkin, memberi notis kepada **Syarikat** untuk menamatkan **Polisi** ini atau perlindungan **Orang Yang Diinsuranskan** di bawah **Polisi** ini, penamatan penamatan tersebut akan berkuat kuasa pada tarikh notis diterima oleh **Syarikat** daripada **Pemegang Polisi** atau pada tarikh yang dinyatakan pada notis tersebut, yang mana kemudian.

Sekiranya premium telah dibayar bagi sebarang tempoh melangkaui tarikh penamatan **Polisi**, kadar tempoh pendek yang dinyatakan di bawah akan digunakan dengan syarat tiada tuntutan telah dibuat ketika **Tempoh Insurans** semasa masih wujud.

Skala Kadar Tempoh Pendek:

Tempoh Insurans (Tidak Melebihi)	Peratusan Bayaran Balik Premium Tahunan
Satu (1) bulan	80%
Dua (2) bulan	70%
Tiga (3) bulan	60%
Empat (4) bulan	50%
Lima (5) bulan	40%
Enam (6) bulan	30%
Tujuh (7) bulan	25%
Lapan (8) bulan	20%
Sembilan (9) bulan	15%
Sepuluh (10) bulan	10%
Sebelas (11) bulan	5%
Tempoh melebihi sebelas (11) bulan	0%

##### (b) Penamatan oleh Syarikat

Sekiranya **Syarikat** menamatkan **Polisi** ini atau perlindungan **Orang Yang Diinsuranskan** di bawah **Polisi** ini, mana-mana yang mungkin, berdasarkan Syarat 4.16 (Silap Nyata atau Peninggalan Fakta Penting) atau dengan perintah pihak berkuasa atau pemerintah, **Syarikat** akan memberi notis penamatan **Polisi** ini melalui pos berdaftar kepada **Pemegang Polisi** atau **Orang Yang Diinsuranskan**, mana-mana yang mungkin, di alamat perhubungan terakhir mereka yang diketahui di Malaysia. Penamatan ini akan berkuat kuasa tiga puluh (30) hari selepas tarikh notis tersebut.

Sekiranya premium telah dibayar bagi sebarang tempoh yang melangkaui tarikh penamatan **Polisi** ini, premium pro-rata akan dikembalikan kepada **Pemegang Polisi** dengan syarat tiada tuntutan telah dibuat ketika **Tempoh Insurans** dan masih wujud dan tidak dilarang oleh sebarang undang-undang.

##### (c) Penamatan Automatik

**Polisi** ini akan luput/tamat secara automatik sekiranya berlaku salah satu perkata yang berikut:

- ketika tengah malam (waktu piawai Malaysia) pada hari terakhir **Tempoh Insurans** yang dinyatakan dalam **Jadual**; atau
- apabila **Orang Yang Diinsuranskan** mencapai umur lapan puluh (80) tahun; atau
- apabila **Polisi** ini diberhentikan atau ditamatkan; atau
- premium yang perlu dibayar di bawah **Polisi** ini masih belum dibayar pada **Ulang Tahun Polisi**; dan
- penamatan perlindungan di bawah **Polisi** ini apabila **Syarikat** membuat keputusan untuk menghentikan pengunderaitannya selaras dengan Syarat 4.42 (Syarat Pengeluaran Portfolio) di atas.

## 5. PENGECUALIAN

**Polisi** ini tidak melindungi sebarang **Penghospitalan**, **Pembedahan** atau caj yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung, sepenuhnya atau sebahagiannya, oleh mana-mana satu kejadian berikut:

- Penyakit Sedia Ada** kecuali diisytiharkan oleh **Orang Yang Diinsuranskan** dan diterima oleh **Syarikat** secara bertulis pada atau sebelum tarikh permulaan **Polisi**;
- Penyakit Spesifik** yang berlaku dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama perlindungan berterusan dikira dari tarikh **Tempoh Insurans** bermula;
- Apa-apa keadaan perubatan atau fizikal yang berlaku dalam **Tempoh Tangguh** kecuali jika **Orang Yang Diinsuranskan** memerlukan **Penghospitalan** akibat **Kemalangan** dilindungi yang berlaku selepas **Tempoh Insurans** bermula;
- Pembedahan** plastik/kosmetik (kecuali **Pembedahan** rekonstruktif yang perlu untuk mengembalikan fungsi selepas **Kemalangan** yang berlaku semasa **Tempoh Insurans**), berkhatan, pemeriksaan mata, cermin mata, kanta dan sebarang kaca mata lain atau pembedahan pembetulan rabun jauh (keratotomi radial atau lasik) dan penggunaan atau pemerolehan peralatan atau bahan prostetik luaran seperti anggota badan tiruan, alat bantuan pendengaran, pemasangan perentak jantung dan preskripsi seumpamanya;
- Keadaan pergigian termasuk rawatan pergigian atau pembedahan mulut kecuali yang perlu akibat **Kecederaan** pada gigi asal elok yang berlaku sepenuhnya semasa **Tempoh Insurans**;
- Jururawat peribadi, rehat pulih atau penjagaan sanitari, penyalahgunaan dadah, ketagihan alkohol, pemandulan, penyakit kelamin dan kesan sampingannya, AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit) atau ARC (Komplikasi Berkaitan AIDS) dan penyakit berkaitan HIV dan sebarang penyakit berjangkit yang perlu dikuarantinkan di bawah undang-undang;
- Sebarang rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk keadaan yang diwarisi;
- Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, pengguguran, penjagaan sebelum atau selepas melahirkan, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif secara pembedahan, mekanikal atau kimia, atau rawatan berkaitan ketidaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pemandulan;
- Penghospitalan** untuk tujuan siasatan, diagnosis, pemeriksaan sinaran-x, pemeriksaan perubatan atau fizikal am yang tidak berkaitan dengan rawatan atau diagnosis **Ketidakupayaan** yang dilindungi atau sebarang rawatan yang tidak **Perlu Secara Perubatan**, sebarang rawatan pencegahan, ubat-ubatan



pengecualan atau pemeriksaan yang dibuat oleh **Pengamal Perubatan**, dan rawatan khusus untuk pengurangan atau penambahan berat badan;

- (j) Bunuh diri, percubaan membunuh diri atau melakukan **Kecederaan** terhadap diri sendiri dengan sengaja semasa siaman atau tidak siaman;
- (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 terion atau pencemaran oleh radioaktif dari sebarang bahanapi nuklear atau sisa nuklear dari proses belahan nuklear atau dari sebarang bahan senjata nuklear;
- (m) Pendermaan mana-mana organ badan oleh **Orang Yang Diinsuranskan** dan kos pengambilalihan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma semasa transplan organ dan komplikasinya;
- (n) Penyiasatan dan rawatan gangguan tidur dan dengkur, terapi penggantian hormon dan terapi alternatif seperti rawatan, khidmat atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada khidmat kiropraktik, akupunktur, akutekanan, refleksologi, pengikatan tulang, rawatan pakar herba, urut atau terapi aroma atau rawatan alternatif lain;
- (o) **Penghospitalan** di mana pembayaran tidak diperlukan atau dimana ia dibayar oleh mana-mana insurans atau indemniti lain yang melindungi **Orang Yang Diinsuranskan** dan **Penghospitalan** akibat **Ketidakupayaan** yang timbul daripada tugas dalam pekerjaan atau kerjaya yang dilindungi di bawah Kontrak Insurans Pampasan Pekerja;
- (p) Gangguan psikotik, 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) **Ketidakupayaan** yang timbul daripada sebarang jenis perlumbaan (kecuali perlumbaan jalan kaki), sukan berbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjun udara, luncur air, aktiviti bawah air yang memerlukan alat pernafasan, sukan musim sejuk, sukan profesional dan aktiviti haram;
- (s) **Ketidakupayaan** yang timbul daripada penerbangan persendirian selain daripada sebagai penumpang berbayar di dalam sebarang syarikat penerbangan berjadual komersil yang dilesenkan untuk membawa penumpang mengikut laluan yang ditetapkan; dan
- (t) Sebarang **Ketidakupayaan** yang timbul daripada pembedahan atau prosedur untuk pertukaran jantina; dan
- (u) mana-mana orang yang tinggal di luar Malaysia.

## 6. DEFINISI

**KEMALANGAN** bermaksud kejadian yang berlaku secara tiba-tiba atau tidak dijangka, yang berpunca secara langsung dan bebas daripada sebarang tindakan punca luaran, selain daripada sebarang **Kecederaan** diri yang disengajakan.

**MANA-MANA SATU KETIDAKUPAYAAN** bermaksud semua tempoh **Ketidakupayaan** yang timbul daripada sebab yang sama termasuk mana-mana dan semua komplikasinya kecuali jika **Orang Yang Diinsuranskan** pulih sepenuhnya dan tidak memerlukan rawatan lanjut (termasuk ubat-ubatan, diet

khias atau suntikan atau nasihat tentang keadaannya) bagi **Ketidakupayaan** tersebut selama sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari selepas tarikh terakhir discaj, dan sebarang **Ketidakupayaan** yang dialami berikutnya akan dianggap sebagai **Ketidakupayaan** yang baru walaupun adalah dari sebab yang sama.

**KANSER** bermaksud pertumbuhan tidak terkawal dan perebakan sel-sel malignan serta serangan dan pemusnahan tisu normal yang dianggap memerlukan rawatan perantaraan atau pembedahan utama (tidak termasuk prosedur endoskopi). **Kanser** mestilah disahkan melalui bukti histologi malignan. 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 memanifestasikan dirinya sebagai komplikasi AIDS.

**PROSEDUR PENJAGAAN HARIAN** bermaksud bermaksud prosedur berjadual pembedahan atau bukan pembedahan yang dilakukan di **Hospital** atau klinik **Pakar** di mana **Pesakit Luar** yang menjalani perkara sama memerlukan penggunaan kemudahan pemulihan tetapi tidak diperlukan untuk bermalam.

**DEDUKTIBEL** bermaksud bahagian **Perbelanjaan Yang Layak** di mana **Orang Yang Diinsuranskan** bertanggungjawab sebelum sebarang faedah dibayar di bawah **Polisi** ini. Jumlah **Deduktibel** yang berkenaan dinyatakan dalam **Jadual Faedah. Perbelanjaan yang Layak** dikumpulkan dalam **Tempoh Insurans** sebelum pematangan untuk tujuan pengiraan baki **Perbelanjaan Yang Layak** yang dibayar oleh **Syarikat. Syarikat** bertanggungjawab atas baki **Perbelanjaan yang Layak** yang telah melebihi pilihan Deduktibel sehingga Had Tahunan Keseluruhan maksimum seperti yang dinyatakan dalam **Jadual Faedah**.

**TANGGUNGAN** bermaksud mana-mana orang yang berikut:

- (a) pasangan suami isteri yang sah di bawah umur tujuh puluh (70) tahun semasa dimasukkan;
- (b) anak-anak yang belum berkahwin yang berumur lebih dari tiga puluh (30) hari tetapi di bawah lapan belas (18) tahun atau di bawah dua puluh empat (24) tahun jika anak itu masih merupakan pelajar sepenuh masa di institusi pengajian tinggi dan yang masih belum berkerja.

**KETIDAKUPAYAAN** bermaksud **Kesakitan, Penyakit, Sakit atau Kecederaan** yang timbul daripada penyebab tunggal atau berterusan.

**PERBELANJAAN YANG LAYAK** bermaksud perbelanjaan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** yang ditanggung disebabkan oleh **Ketidakupayaan** yang dilindungi tetapi tidak melebihi had faedah dalam **Jadual Faedah**.

**KECEMASAN** bermaksud rawatan perubatan segera yang diperlukan dalam masa dua belas (12) jam setelah wujudnya **Ketidakupayaan** atau gejala yang datang secara tiba-tiba dan parah, yang boleh mengancam nyawa **Orang Yang Diinsuranskan** (contohnya seperti **Kemalangan** dan serangan jantung) atau kekurangan rawatan yang menjejaskan kesihatan **Orang Yang Diinsuranskan** secara ketara.

**RAWATAN KEJURURAWATAN DI RUMAH** bermaksud rawatan perubatan berterusan atau separuh masa atau rawatan kemahiran jenis lain yang diberikan di rumah **Orang Yang Diinsuranskan** itu ketika **Orang Yang Diinsuranskan** sedang berehat untuk sembuh.

**HOSPITAL** bermaksud hanya pertubuhan yang ditubuhkan dan didaftarkan sewajarnya sebagai **Hospital** untuk jagaan dan rawatan orang yang sakit dan cedera sebagai pesakit berada di katil berbayar, dan yang:

- (a) mempunyai kemudahan untuk diagnosis dan **Pembedahan** utama;

- (b) menyediakan khidmat jagaan dua puluh empat (24) jam sehari oleh jururawat berdaftar dan bersiswazah;
- (c) di bawah penyeliaan **Pengamal Perubatan**; dan
- (d) bukan klinik; tempat untuk orang ketagih alkohol dan dadah; pusat jagaan atau rumah pemulihan atau rumah orang tua atau pertubuhan yang serupa.

**PENGHOSPITALAN** bermaksud memasukkan ke **Hospital** sebagai pesakit dalam yang berdaftar untuk rawatan yang **Perlu Dari Segi Perubatan** bagi **Ketidakupayaan** yang dilindungi apabila disyorkan oleh **Pengamal Perubatan**. Pesakit tidak boleh dianggap sebagai pesakit dalam jika pesakit tidak tinggal di **Hospital** secara fizikal sepanjang tempoh dimasukkan ke **Hospital**.

**KECEDERAAN** bermaksud **Kecederaan** tubuh badan disebabkan sepenuhnya oleh **Kemalangan** dan bukan kesakitan, penyakit atau kemerosotan fizikal atau mental secara beransur-ansur yang berlaku semasa **Tempoh Insurans**.

**ORANG YANG DIINSURANSKAN** bermaksud orang yang dinyatakan dalam **Jadual**.

**UNIT RAWATAN RAPI** 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.

**PENGAMAL PERUBATAN** bermaksud doktor, pakar bedah atau **Pakar Perubatan** berdaftar yang layak dan berlesen untuk mengamalkan perubatan moden dan mengamalkannya mengikut skop pelesenan dan latihan beliau di kawasan geografi profesion tersebut diamalkan, tetapi bukan **Pengamal Perubatan** yang merupakan **Orang Yang Diinsuranskan** itu sendiri.

**PERLU SECARA PERUBATAN** bermaksud perkhidmatan perubatan yang:

- (a) konsisten dengan diagnosis dan rawatan perubatan biasa bagi **Ketidakupayaan** yang dilindungi;
- (b) selaras dengan standard amalan perubatan yang baik, konsisten dengan standard terkini penjagaan perubatan profesional, dan faedah perubatan yang terbukti;
- (c) bukan untuk kemudahan **Orang Yang Diinsuranskan** atau **Pengamal Perubatan**, dan tidak dapat disediakan dengan mudah di luar **Hospital** (jika dimasukkan sebagai pesakit dalam);
- (d) bukan berbentuk eksperimen, penyiasatan atau penyelidikan, bersifat pencegahan atau pemeriksaan; dan
- (e) yang mana caj dikenakan adalah adil dan berpatutan dan lazim bagi **Ketidakupayaan** tersebut.

**PESAKIT LUAR** bermaksud **Orang Yang Diinsuranskan** yang menerima jagaan atau rawatan perubatan tidak memerlukan **Penghospitalan**.

**LUAR NEGARA** bermaksud mana-mana negara di luar **Malaysia**.

**TEMPOH INSURANS** bermaksud tempoh di mana **Orang Yang Diinsuranskan** menerima perlindungan insurans seperti dinyatakan di dalam **Jadual**, tertakluk kepada terma, syarat dan pengecualian yang dinyatakan di dalam **Polisi** ini.

**PEMEGANG POLISI** bermaksud orang atau badan korporat yang **Polisi** telah dikeluarkan baginya untuk melindungi orang yang secara khusus dikenal pasti sebagai **Orang Yang Diinsuranskan** dalam **Polisi** ini.

**ULANG TAHUN POLISI** bermaksud tarikh yang sama setiap tahun perlindungan di bawah **Polisi** ini bermula.

**PENYAKIT SEDIA ADA** bermaksud ketidakupayaan yang diketahui oleh **Orang yang Diinsuranskan**. **Orang yang Diinsuranskan** boleh dianggap mempunyai pengetahuan yang wajar mengenai keadaannya sekiranya dalam keadaan yang mana-mana seperti:

- (a) **Orang yang Diinsuranskan** telah menerima atau sedang menerima rawatan;
- (b) nasihat perubatan, diagnosis, perawatan atau rawatan telah disyorkan;
- (c) gejala yang jelas dan jelas adalah atau terbukti; atau
- (d) keberadaannya dapat dilihat oleh orang yang munasabah dalam keadaan itu.

**CAJ YANG BERPATUTAN DAN LAZIM** bermaksud bayaran rawatan perubatan yang **Perlu Secara Perubatan** dan tidak melebihi had biasa bayaran yang dibuat oleh **Hospital** atau **Pengamal Perubatan** yang sama kedudukannya di lokasi 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 **Kesakitan, Penyakit, Sakit** atau **Kecederaan** serta selaras dengan piawai dan amalan perubatan yang diterima dan tidak boleh diabaikan tanpa menjejaskan keadaan perubatan **Orang Yang Diinsuranskan**.

**POLISI PEMBAHARUAN ATAU POLISI DIPERBAHARUI** bermaksud **Polisi** yang telah diperbaharui tanpa luput setelah tamatnya **Tempoh Insurans** sebelumnya untuk **Polisi** yang sama.

**JADUAL/JADUAL FAEDAH** bermaksud **Jadual** yang dilampirkan kepada **Polisi** di mana butiran termasuk maklumat berkaitan **Pemegang Polisi** dan **Orang Yang Diinsuranskan** dinyatakan.

**KESAKITAN, PENYAKIT ATAU SAKIT** bermaksud keadaan fizikal yang ditandakan oleh penyimpangan patologi daripada keadaan kesihatan normal.

**PAKAR** bermaksud **Pengamal Perubatan** berdaftar dan berlesen sewajarnya di kawasan geografi amalannya di mana rawatan berlaku dan yang diklasifikasikan oleh pihak berkuasa kesihatan yang berkenaan sebagai orang yang mempunyai kepakaran yang tinggi dan khusus dalam bidang-bidang tertentu perubatan atau pergigian, tetapi tidak termasuk **Pengamal Perubatan** yang merupakan **Orang yang Diinsuranskan** sendiri.

**PENYAKIT KHUSUS** bermaksud **Kesakitan, Penyakit** atau **Sakit** yang berikutnya dan komplikasi berkaitan dengannya:

- (a) Hipertensi, diabetes melitus dan penyakit kardiovaskular;
- (b) Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu dalam sistem urinari dan sistem biliri;
- (c) Semua keadaan telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak;
- (d) Hernia, buasir, fistulae, hidrosele dan varikosele;
- (e) Endometriosis termasuk penyakit sistem reproduksi; dan
- (f) Gangguan tulang belakang (termasuk disk tergelincir) dan keadaan lutut.

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

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

**TPA** bermaksud pentadbir pihak ketiga yang diberi kuasa oleh **Syarikat** untuk mengatur perkhidmatan kemasukan dan pengeluaran tanpa tunai ke dan dari **Hospital** untuk **Orang yang Diinsuranskan**.

**TEMPOH TANGGUH** bermaksud tiga puluh (30) hari pertama yang dikira dari permulaan **Tempoh Insurans** untuk tahun pertama **Polisi** ini atau tarikh pengembalian semula, mengikut mana-mana yang berkenaan. **Tempoh Tangguh** ini tidak akan berlaku selepas tahun pertama perlindungan. Walau bagaimanapun, sekiranya perlindungan terhenti di bawah **Polisi** ini, **Tempoh Tangguh** akan terpakai semula.

## JADUAL PREMIUM TAHUNAN

### Premium Tahunan untuk \*Pelan Tanpa Tunai

Julat Umur	Pelan 1		Pelan 2		Pelan 3		Pelan 4		Pelan 5	
	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Lelaki	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan
30 hari – 17 tahun	547	464	675	639	853	853	1,067	940	1,770	1,422
18 – 25 tahun	377	348	524	484	587	587	684	631	1,077	1,178
26 – 29 tahun	428	464	563	611	668	697	772	835	1,067	1,269
30 – 39 tahun	616	616	852	825	1,067	985	1,192	1,140	2,057	1,758
40 – 49 tahun	829	749	1,145	1,053	1,374	1,374	1,594	1,466	3,048	2,752
50 – 54 tahun	1,165	1,072	1,666	1,533	1,998	1,998	2,320	2,134	4,032	3,678
55 – 59 tahun	1,463	1,346	2,024	1,862	2,434	2,434	2,825	2,599	5,037	4,713
60 – 64 tahun	2,115	1,940	2,929	2,720	3,448	3,202	4,162	3,865	7,998	6,524
65 – 69 tahun	2,992	2,778	4,143	3,847	4,337	4,027	5,240	4,866	11,826	9,646
70 – 74 tahun (pembaharuan sahaja)	4,382	3,904	6,068	5,677	7,023	6,570	8,486	7,939	18,424	15,611
75 – 79 tahun (pembaharuan sahaja)	5,699	4,848	7,893	7,383	9,134	8,545	11,038	10,325	23,056	19,403

### Premium Tahunan untuk Pelan Tunai

Julat Umur	Pelan 1		Pelan 2		Pelan 3		Pelan 4		Pelan 5	
	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan
30 hari – 17 tahun	819	719	974	982	1,307	1,307	1,759	1,552	2,276	1,954
18 – 25 tahun	527	485	713	656	793	793	986	950	1,578	1,724
26 – 29 tahun	634	634	788	862	965	1,004	1,204	1,157	1,559	1,864
30 – 39 tahun	863	863	1,182	1,182	1,416	1,358	1,771	1,702	3,032	2,588
40 – 49 tahun	1,271	1,168	1,743	1,602	2,088	2,007	2,609	2,512	4,493	4,068
50 – 54 tahun	1,830	1,682	2,520	2,317	3,021	2,905	3,781	3,640	5,940	5,430
55 – 59 tahun	2,217	2,038	3,061	2,814	3,670	3,528	4,594	4,423	7,408	6,953
60 – 64 tahun	3,199	2,969	4,414	4,098	5,191	4,633	6,258	5,810	11,735	9,628
65 – 69 tahun	4,511	4,188	6,236	5,789	6,526	6,058	7,871	7,308	17,351	14,194
70 – 74 tahun (pembaharuan sahaja)	6,061	5,669	8,329	7,790	9,587	8,968	11,545	10,799	27,120	22,907
75 – 79 tahun (pembaharuan sahaja)	7,876	7,367	10,826	10,126	12,461	11,656	15,009	14,040	33,818	28,536

#### Nota:

- Kadar premium tidak dijamin dan dicaj mengikut umur dicapai pada hari lahir seterusnya semasa setiap **Pembaharuan Polisi**. **Syarikat** berhak untuk mengkaji semula kadar premium dengan memberi notis bertulis dalam tempoh tiga puluh (30) hari sebelum Ulang Tahun Polisi.
- \*Fi MCO RM19.80 (termasuk 6% Cukai Perkhidmatan) akan dicajkan berasingan untuk Pelan Tanpa Tunai.
- Bagi Pemegang Polisi Korporat, premium tertakluk kepada 6% Cukai Perkhidmatan.
- Premium tertakluk kepada Duti Setem RM10 yang perlu dibayar bagi kontrak insurans.
- Jumlah bayaran premium oleh **Orang Yang Diinsuranskan** bergantung kepada pilihan **Deduktibel**, Umur dan Jantina serta keperluan pengunderaitan **Syarikat**.

**JADUAL FAEDAH**

Faedah	Pelan 1	Pelan 2	Pelan 3	Pelan 4	Pelan 5					
	RM									
Had Tahunan Keseluruhan	50,000	80,000	120,000	150,000	250,000					
<b>Faedah Penghospitalan dan Pembedahan</b>										
Bilik (maksimum sehari sehingga 120 hari)	150	200	300	400	500					
Unit Rawatan Rapi (sehingga 120 hari)	Seperti Dicajkan									
Bayaran Pembedahan										
Bekalan dan Khidmat Hospital										
Bayaran Pakar Bius										
Bilik Bedah										
Lawatan Pengamal Perubatan Dalam Hospital (sehingga 120 hari dan maksimum 2 lawatan sehari)										
Ujian Diagnostik Pra-Hospital (dalam tempoh 60 hari sebelum memasuki ke hospital)										
Rundingan Pakar Pra-Hospital (dalam tempoh 60 hari sebelum memasuki ke hospital)										
Pendapat Kedua Pembedahan (dalam tempoh 60 hari daripada rundingan dengan Pakar Perubatan yang pertama)										
Rawatan Selepas Penghospitalan (dalam tempoh 60 hari daripada tarikh keluar dari hospital)										
Prosedur Penjagaan Harian										
Bayaran Ambulans						500	1,000	2,000	3,000	4,000
<b>Faedah Rawatan Pesakit Luar</b>										
Rawatan Kecemasan Kemalangan Pesakit Luar (termasuk rawatan susulan sehingga 60 hari selepas tarikh kemalangan)						Seperti Dicajkan				
Rawatan Kanser Pesakit Luar										
Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar										
<b>Faedah Yang Lain (Tidak Tertakluk Kepada Deduktibel)</b>										
Elaun Tunai Di Hospital Kerajaan	120	150	180	200	250					
<b>Faedah Perkabungan (Tidak Tertakluk Kepada Deduktibel)</b>										
Elaun Belas Ehsan (disebabkan kemalangan sahaja)	2,000									

**Pilihan Pelan Deduktibel dan Kemudahan Tanpa Tunai**

*Deduktibel (setiap Tempoh Insurans)	Pilihan 1	Pilihan 2	Pilihan 3	Pilihan 4	Pilihan 5
	RM				
	10,000	20,000	30,000	40,000	50,000
<b>Kemasukan dan Keluar Dari Hospital Tanpa Tunai</b>	Di Panel Hospital Yang Berkaitan				

Nota:

- \*Deduktibel** adalah bahagian **Perbelanjaan Yang Layak** di mana **Orang Yang Diinsuranskan** bertanggungjawab menanggungnya semasa **Tempoh Insurans** sebelum sebarang faedah dibayar di bawah **Polisi** ini.

## Penyerahan Aduan



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.


Untuk memberi sebarang maklum balas, anda bolehlah menghubungi kami melalui saluran-saluran berikut:


### Secara bertulis:

Pusat Maklumbalas Pelanggan, Allianz Arena, Tingkat Bawah Blok 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

## Saluran untuk Penyelesaian Aduan

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) Tuntutan insurans tidak melebihi RM250,000.00; dan

(2) Kerosakan harta pihak ketiga bagi tuntutan insurans motor tidak melebihi RM10,000.00.


### OFS boleh dihubungi di alamat berikut:

Ombudsman Perkhidmatan Kewangan, Level 14, Blok Utama, 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


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:

### Secara Bertulis (BNMTELELINK):

Pengarah, LINK & Pejabat BNM, Bank Negara Malaysia, Peti Surat 10922, 50929 Kuala Lumpur.


### Secara Bersemuka (BNMLINK):

Tingkat Bawah, Blok D, Bank Negara Malaysia, 50480 Kuala Lumpur.

 1 300 88 5465

 03 2174 1515

 bnmtelink@bnm.gov.my

 www.bnm.gov.my

Anda boleh merujuk dengan Pusat Maklumbalas Pelanggan kami mengenai jenis aduan yang dikendalikan oleh OPK atau BNM sebelum mengemukakan aduan anda kepada mereka.

**Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad 200601015674 (735426-V)**

(Dilesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal selia oleh Bank Negara Malaysia)

**Pusat Khidmat Pelanggan Allianz**

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

Pusat Hubungan Allianz: 1 300 22 5542 E-mel: [customer.service@allianz.com.my](mailto:customer.service@allianz.com.my)   AllianzMalaysia  [allianz.com.my](http://allianz.com.my)

