

Polisi

ALLIANZ BOOSTER CARE

Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad (200601015674)

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



Melindungi anda dari A-Z

Allianz Booster Care

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 Orang Yang Diinsuranskan.**

MAKA POLISI INSURANS INI MENYAKSIKAN bahawa jika semasa dalam Tempoh Insurans, apa-apa Kesakitan, Wabak, Penyakit 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 hendaklah bermula sebaik sahaja jumlah Deduktibel yang dipilih telah exhausted dan tidak melebihi Had Tahunan dan Had Seumur Hidup yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat bagi mana-mana satu tempoh insurans bagi mana-mana satu Orang Yang Diinsuranskan;
- (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 Booster Care

Peruntukan Am beserta terma-terma dan syarat-syarat yang tertera di halaman ini dan halaman-halaman berikut diguna pakai untuk Polisi di bawah perlindungan Allianz Booster Care.

Polisi ini 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) Kesakitan, Wabak atau Penyakit yang berlaku selepas tarikh polisi ini atau tarikh pengembalian semula polisi ini, bergantung pada mana satu yang terkemudian; 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 (ubat-ubatan 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 DEDUKTIBEL bermaksud sebahagian dari Perbelanjaan Yang Layak yang perlu ditanggung oleh Orang Yang Diinsuranskan sebelum sebarang faedah dibayar di bawah polisi ini. Jumlah Deduktibel berkenaan adalah dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Perbelanjaan yang layak adalah terkumpul dari tahun polisi bagi tujuan pengiraan Deduktibel. Syarikat akan bertanggungjawab ke atas Perbelanjaan Yang Layak baki yang melebihi jumlah Deduktibel yang dipilih sehingga Had Tahunan

maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Bagi tujuan tuntutan, jumlah caj yang dikenakan akan membentuk jumlah deduktibel tidak tertakluk kepada Jadual Ketiga Belas di bawah Akta.

- 1.7 DOKTOR GIGI** hendaklah bermaksud orang yang berlesen atau berdaftar sewajarnya untuk mengamalkan pergigian dalam kawasan geografi yang menyediakan perkhidmatan, tetapi tidak termasuk doktor atau pakar bedah yang merupakan Orang Yang Diinsuranskan itu sendiri.
- 1.8 HILANG UPAYA** hendaklah bermaksud Kesakitan, Wabak Atau Penyakit atau semua Kecederaan yang timbul daripada satu atau beberapa sebab yang berterusan.
- 1.9 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.
- 1.10 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.
- 1.11 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 Orang Yang Diinsuranskan (contohnya Kemalangan dan serangan jantung) atau menjejaskan kesihatan yang ketara.
- 1.12 RAWATAN KEJURURAWATAN DI RUMAH** hendaklah bermaksud rawatan perubatan berterusan atau rawatan berkemahiran jenis lain yang diberikan secara lawatan ke rumah Orang Yang Diinsuranskan itu ketika beliau sedang berehat untuk sembuh.
- 1.13 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.
- 1.14 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.

- 1.15 KECEDERAAN** hendaklah bermaksud kecederaan anggota badan yang semata-mata disebabkan oleh Kemalangan.
- 1.16 ORANG YANG DIINSURANSKAN** hendaklah bermaksud orang yang dinyatakan di dalam Jadual Polisi dan yang hendaklah merupakan warganegara Malaysia atau Penduduk Tetap Malaysia yang bermastautin tetap di Malaysia.
- 1.17 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 tersebut.
- 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 kemudahan Orang Yang Diinsuranskan atau Pakar Perubatan, dan tidak dapat diperoleh sewajarnya di luar Hospital (jika dimasukkan sebagai pesakit dalam); dan
 - Bukan berbentuk eksperimen, penyelidikan atau kajian, pencegahan atau pemeriksaan alam; dan
 - Untuk 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 LUAR NEGARA** bermaksud mana-mana negara asing di luar Malaysia, tetapi tidak termasuk Singapura.
- 1.21 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.
- 1.22 TAHUN POLISI** hendaklah bermaksud tempoh satu (1) tahun termasuk tarikh Insurans mula berkuatkuasa dan sebaik sahaja selepas tarikh itu, atau tempoh satu (1) tahun selepas Polisi Pembaharuan atau Polisi Diperbaharui.
- 1.23 PENYAKIT SEDIA ADA** hendaklah bermaksud Hilang Upaya yang diketahui sewajarnya oleh Orang Yang Diinsuranskan. Orang Yang Diinsuranskan dianggap mengetahui sewajarnya keadaan sedia ada itu apabila:

- (a) Orang Yang Diinsuranskan telah atau sedang menerima rawatan;
- (b) Nasihat perubatan, diagnosis, jagaan atau rawatan telah disyorkan;
- (c) Gejala yang jelas dan tepat dapat atau telah dilihat dengan nyata; atau
- (d) Kewujudannya dapat diperhatikan dengan jelas bagi orang yang mengalami keadaan itu.

1.24 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.

1.25 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 Kesakitan, Wabak, Penyakit atau Kecederaan serta selaras dengan piawai dan amalan perubatan yang diterima dan tidak boleh diabaikan tanpa menjejaskan keadaan perubatan Orang Yang Diinsuranskan.

1.26 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.

1.27 SAKIT, WABAK ATAU PENYAKIT hendaklah bermaksud keadaan fizikal yang ditunjukkan dari segi patologi berbeza daripada keadaan kesihatan yang normal.

1.28 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.

1.29 PENYAKIT TERTENTU hendaklah bermaksud Hilang Upaya berikut dan komplikasi yang berkaitan dengannya, yang wujud dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama Insurans bagi Orang Yang Diinsuranskan:

- (a) Darah tinggi, diabetes melitus dan penyakit kardiovaskular;
- (b) Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu dalam sistem kencing dan sistem biliari;
- (c) Semua penyakit telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak;
- (d) Hernia, hemoroid, fistula, hidrosele, varikosele;
- (e) Endometriosis termasuk penyakit sistem pembiakan;

- (f) Gangguan spina vertebro (termasuk diska) dan penyakit lutut.

1.30 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 memperbaiki, 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.

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

2. JENIS MANFAAT

Faedah yang dinyatakan dibawah ini adalah tertakluk kepada had Jadual Manfaat dan menurut Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998 (Hospital Swasta dan Lain-lain Persendirian Kemudahan Penjagaan Kesihatan) 2006 (selepas ini dirujuk sebagai "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 balik 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 terhad kepada dan maksimum seratus lima puluh (150) hari seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Orang Yang Diinsuranskan hanya layak menerima manfaat ini apabila dimasukkan ke Hospital sebagai pesakit dalam.

(B) UNIT RAWATAN RAPI

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Diamalkan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk Bilik dan Makan yang sebenarnya ditanggung semasa dimasukkan ke Hospital sebagai pesakit dalam di Unit Rawatan Rapi Hospital. Bayaran manfaat ini

hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh Hospital terhadap kepada maksimum seratus lima puluh (150) 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 harian Bilik Hospital Dan Makan.

Manfaat Bilik Hospital Dan Makan tidak akan 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.

2.3 BAYARAN PAKAR BIUS

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan oleh Pakar Bius untuk pemberian bahan bius yang Perlu Dari Segi Perubatan.

2.4 BILIK BEDAH

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

2.5 BEKALAN DAN KHIDMAT HOSPITAL

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang sebenarnya ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan

- (a) kejururawatan;
- (b) ubat-ubatan yang dipreskripsikan dan dimakan;
- (c) pencucian, pembalutan luka plaster dan anduh;
- (d) sinar x-ray;
- (e) pemeriksaan makmal;
- (f) elektrokardiogram;
- (g) fisioterapi;
- (h) ujian betabolisma basal;
- (i) suntikan intravena dan penyelesaian;
- (j) pemberian darah dan plasma tetapi tidak termasuk kos darah dan plasma

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 membayar semasa dimasukkan ke hospital kerana Hilang Upaya bukan pembedahan tertakluk kepada maksimum dua (2) lawatan sehari tidak melebihi maksimum seratus lima puluh hari (150) 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 rundingan pertama dengan Pakar yang pertama bagi menentukan sama ada pembedahan diperlukan memandangkan keadaan kesihatan Orang Yang Diinsuranskan. Manfaat ini hanya dibayar jika Orang Yang Diinsuranskan kemudiannya dimasukkan ke Hospital.

2.10 RAWATAN PESAKIT LUAR BAGI KEMALANGAN DAN KECEMASAN

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung, bagi Kecederaan anggota badan yang dilindungi yang timbul daripada Kemalangan untuk rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan sebagai pesakit luar di mana-mana klinik berdaftar atau Hospital 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 berdaftar atau Hospital 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.

2.11 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 Dari Segi Perubatan dan akan dirujuk oleh Pengamal Perubatan bertauliah terlebih dahulu.

2.12 RAWATAN KANSER PESAKIT LUAR

Jika Orang Yang Diinsuranskan didiagnosis menghidap Kanser seperti yang dinyatakan di bawah, Syarikat akan membayar balik Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung untuk rawatan Kanser yang Perlu Dari Segi Perubatan yang dijalankan di pusat rawatan Kanser berdaftar yang sah.

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

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

Keadaan yang berikut dikecualikan:

- (a) Karsinoma in situ termasuk pada serviks;
- (b) Karsinoma duktus in situ pada 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.

2.13 RAWATAN DIALISIS BUAH PINGGANG PESAKIT LUAR

Jika Orang Yang Diinsuranskan didiagnosis sebagai mengalami Kegagalan Buah Pinggang seperti yang dinyatakan di bawah, Syarikat akan membayar balik Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk rawatan dialisis buah pinggang yang dijalankan di pusat dialisis berdaftar yang sah.

Rawatan tersebut (dialisis tidak termasuk rundingan, ujian pemeriksaan, ubat 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.

2.14 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.

2.15 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.

2.16 YURAN LAPORAN PERUBATAN

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

2.17 PENJAGAAN KEJURURAWATAN DI RUMAH

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung sepenuh masa atau separuh masa khidmat seorang jururawat Negeri yang berdaftar atau berlesen Kerajaan di rumah Orang Yang Diinsuranskan apabila ditetapkan oleh Pakar Perubatan yang asal untuk rawatan berterusan keadaan perubatan tertentu yang mana Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital dan hanya apabila perkhidmatan tersebut dianggap Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar Perubatan yang menghadiri asal subjek kepada bilangan hari maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat bagi setiap hayat yang diinsuranskan. Penjagaan yang perlu disediakan dalam tempoh tujuh (7) hari selepas Penghospitalan tertakluk kepada sekurang-kurangnya tiga (3) hari dari Hospital. Bilangan hari dimasukkan ke Hospital hendaklah merujuk kepada jumlah hari yang dikenakan di bawah manfaat Bilik Hospital dan Makan.

Penjagaan Jururawat Di Rumah yang diperuntukkan di bawah Polisi ini termasuk:

- (a) Terapi fizikal, pekerjaan atau pertuturan oleh seseorang juruterapi berdaftar.

2.28 HAD TAHUNAN

Manfaat yang dibayar bagi belanja yang dikenakan untuk rawatan yang diberikan kepada Orang Yang Diinsuranskan dalam tempoh insurans hendaklah dihadkan mengikut Had Tahunan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat tanpa mengira jenis Hilang Upaya. Jika Had Tahunan telah dibayar, maka semua insurans untuk Orang Yang Diinsuranskan di bawah ini hendaklah dihentikan bayarannya serta-merta bagi baki tahun polisi tersebut.

2.19 HAD SEPANJANG HAYAT

Jumlah manfaat terkumpul yang akan dibayar dari tarikh asal Polisi ini tidak boleh melebihi Had Sepanjang Hayat yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Had Sepanjang Hayat dikira sebagai lima (5) kali ganda Had Tahunan.

3. RAWATAN DI SINGAPURA

Polisi ini diperluaskan untuk melindungi rawatan di Singapura. Orang Yang Diinsuranskan boleh mendapatkan rawatan di Singapura dan manfaat bagi rawatan itu hendaklah dilindungi tertakluk kepada pengecualian, had dan syarat yang dinyatakan dalam Polisi ini. Syarikat akan membayar balik bayaran yang ditanggung untuk rawatan Perlu Dari Segi Perubatan bagi Hilang Upaya yang dilindungi berdasarkan kadar pertukaran rasmi pada hari terakhir dari Hospital tertakluk kepada had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

Untuk mengelakkan keraguan, rawatan di Singapura tidak tertakluk kepada Akta. Bayaran di bawah ini bagi perbelanjaan yang layak haruslah dilakukan menggunakan matawang Malaysia yang sah.

4. HAD MANFAAT

4.1 HAD MANFAAT

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

- Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan bagi rawatan yang diberikan;
- Pelan yang dipilih dan Deduktibel dimana Polisi ini dikeluarkan dan premium dibayar;
- Had tahunan bagi setiap tahun Polisi menurut amaun yang disebutkan dalam pelan pilihan ini; dan
- 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 pekerja atau undang-undang dan program kerajaan yang disebutkan itu.

5. SYARAT-SYARAT

5.1 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 Pemegang Polisi 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.

5.2 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.

5.3 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 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.

5.4 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, membuat pemeriksaan perubahan apabila ia dianggap perlu.

5.5 PERUBAHAN DALAM RISIKO

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

5.6 PROSEDUR TUNTUTAN

- (a) 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.
- (b) Orang Yang Diinsuranskan hendaklah memberi Bukti Tuntutan kepada Syarikat dengan mengemukakan bil dan resit asal untuk:
 - (i) Perbelanjaan Yang Layak sehingga jumlah Deduktibel yang dipilih; dan
 - (ii) Perbelanjaan Yang Layak yang melebihi amaun jumlah Deduktibel yang dipilih.
- (c) Orang Yang Diinsuranskan hendaklah serta-merta mendapatkan dan bertindak berdasarkan nasihat perubahan yang sewajarnya dan Syarikat tidak bertanggungjawab jika rawatan atau khidmat diperlukan berikutan kegagalan Orang Yang Diinsuranskan berbuat demikian.

5.7 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.

5.8 PEMBAHARUAN

Polisi ini boleh diperbaharui, tertakluk kepada semua terma dan syarat yang dikenakan pada setiap tarikh ulang

tahun Polisi ini. Premium pembaharuan yang perlu dibayar tidak dijamin dan Pihak Syarikat berhak untuk mengkaji semula kadar premium yang boleh diguna pakai pada masa pembaharuan dibuat. Perubahan-perubahan ini, jika ada, akan diguna pakai ke atas semua Orang Yang Diinsuranskan tanpa memperdulikan catatan tuntutan yang ada, menurut penilaian risiko yang dijalankan oleh Syarikat.

Ini adalah Polisi yang diperbaharui setiap tahun, atas pilihan Pemegang Polisi. 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.

5.9 SUMBANGAN

Orang Yang Diinsuranskan hendaklah bertanggungjawab ke atas Perbelanjaan Layak dan/atau mendapatkan bayaran balik dari perlindungan insurans Hospital & Pembedahan lain sehingga jumlah maksimum Deduktibel seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Syarikat akan menanggung Perbelanjaan Yang Layak melebihi jumlah Deduktibel sehingga Had Maksimum Tahunan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

5.10 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 balik premium penuh yang telah dibayar tolak belanja perubahan yang ditanggung oleh Syarikat untuk mengeluarkan Polisi tersebut.

5.11 PERUBAHAN PELAN

Orang Yang Diinsuranskan boleh meminta Syarikat untuk menukar daripada pelan Deduktibel yang lebih rendah kepada pelan Deduktibel yang lebih tinggi semasa ulang tahun polisi. Walau bagaimanapun, Orang Yang Diinsuranskan tidak akan dibenarkan untuk menukar daripada pelan Deduktibel yang lebih tinggi kepada pelan Deduktibel yang lebih rendah.

5.12 MATA WANG BAYARAN

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

5.13 UMUR KEMASUKAN UNTUK MENYERTA

Umur minimum kemasukan ialah tiga puluh (30) hari dan maksimum lima puluh sembilan (59) tahun pada tarikh hari lahir yang berikut.

Walaupun bagaimanapun, sebaik sahaja dibeli Pihak Yang Diinsuranskan dibenarkan untuk memperbaharui polisi sehingga 80 tahun pada tarikh hari lahir yang berikut.

5.14 KELAYAKAN

Semua warganegara Malaysia dan Penduduk Tetap Malaysia yang tinggal secara tetap di Malaysia akan layak untuk membeli.

5.15 WILAYAH PASARAN GEOGRAFI

Semua manfaat yang disediakan dalam Polisi ini terpakai dua puluh empat (24) jam sehari di seluruh dunia tertakluk kepada Syarat-Syarat 23 dan Syarat-Syarat 30.

5.16 UNDANG-UNDANG YANG MENGAWAL POLISI

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

5.17 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.

5.18 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.

5.19 PEMERIKSAAN PERUBATAN

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

5.20 SALAH NYATA ATAU KETINGGALAN FAKTA PENTING

Tertakluk kepada kewajipan pendedahan Orang Yang Diinsuranskan yang berkaitan, jika sebarang jawapan, pendedahan atau pernyataan yang Orang Yang Diinsuranskan berikan, sebelum kontrak insurans ini dimeterai, diubah atau diperbaharui, dalam atau kepada mana-mana cadangan atau perakuan atau pertanyaan, yang dibuat secara sengaja atau melulu dari segenap segi atau sebelum kontrak insurans ini

dimeterai, diubah atau diperbaharui, Orang Yang Diinsuranskan gagal mendedahkan apa-apa fakta yang Orang Yang Diinsuranskan ketahui yang berkaitan dengan keputusan Syarikat untuk menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan atau apa-apa tuntutan yang dibuat berbentuk penipuan atau ditokok-tambah, atau sebarang perakuan atau kenyataan palsu dibuat untuk menyokong tuntutan tersebut, maka dalam mana-mana hal di atas, Polisi ini adalah batal.

5.21 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.

5.22 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.

5.23 RAWATAN LUAR NEGARA (TIDAK TERMASUK SINGAPURA)

Rawatan Luar Negara (tidak termasuk Singapura) bagi Kesakitan, Wabak, Penyakit atau Kecederaan yang didiagnosis di Malaysia dan/atau Singapura dan keadaan bukan kecemasan atau kronik yang rawatannya boleh ditanggungkan sewajarnya hingga pulang ke Malaysia dikecualikan.

Jika Orang Yang Diinsuranskan ingin mendapatkan rawatan Luar Negara (tidak termasuk Singapura), manfaat berkaitan rawatan hendaklah dilindungi tertakluk kepada pengecualian, had dan syarat yang ditetapkan dalam Polisi ini. Pembayaran kos rawatan hendaklah mematuhi jadual fi - Yuran profesional yang dinyatakan dalam Jadual Ketiga Belas di bawah Akta atau mana-mana jadual berikutnya lazim pada masa itu. Semua manfaat akan dibayar berdasarkan keputusan kadar pertukaran mata wang rasmi pada hari terakhir Penghospitan 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 atau Singapura kerana Kecemasan Perubatan.
- (b) Orang Yang Diinsuranskan, atas syor Pakar Perubatan dan perlu dipindahkan ke Hospital di luar Malaysia

atau Singapura disebabkan oleh jenis yang khusus bagi rawatan, bantuan, maklumat atau keputusan yang dikehendaki tidak boleh diberikan atau disediakan atau diambil di Malaysia atau Singapura.

5.24 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.

5.25 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.

5.26 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) Jumlah tuntutan Polisi mencapai Had Sepanjang Hayat yang ditetapkan dan/atau berlaku kematian Orang Yang Diinsuranskan;
- (e) Orang Yang Diinsuranskan mencapai had umur perlindungan yang ditetapkan; dan
- (f) Penamatan perlindungan semua polis-polisi dalam

pasaran tertentu dan Syarikat menarik balik Polisi ini sepenuhnya dari pasaran menurut Syarat Penarikan Balik Portfolio.

5.27 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 polis-polisi hingga ke tarikh tamat tempoh perlindungan dalam portfolio.

5.28 PREMIUM

- (a) Semua premium boleh dibayar terlebih dahulu pada tarikh matangnya menurut kadar premium berdasarkan umur tarikh lahir 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.

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 Booster Care bagi pelan yang sama dan/atau kelas pekerjaan. 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.

5.29 BUKTI TUNTUTAN

Syarikat memerlukan, sebagai sebahagian daripada bukti tuntutan, bil-bil dan resit-resit asal berhubung dengan Penghospitalan serta caj-caj dan fi-fi yang ditanggung. Jika tiada dokumen asal, di mana bil serta resit digunakan bagi tuntutan untuk Insurans lain, salinan yang telah diperakui bagi bill, resit dan bukti penyelesaian dari pihak Insurans boleh dikemukakan.

5.30 PERJALANAN DI LUAR MALAYSIA

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 kecuali untuk tujuan mendapatkan rawatan perubatan di Singapura atau dimasukkan ke Hospital di Singapura tertakluk kepada pengecualian, had dan syarat yang dinyatakan di dalam polisi ini.

5.31 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.

5.32 PENAMATAN

(A)PENAMATAN SECARA AUTOMATIK

Insurans di bawah Polisi ini akan tamat secara automatik:

- (i) Jika jumlah tuntutan terkumpul yang dibayar sejak tarikh Polisi yang asal melebihi Had Sepanjang Hayat sebanyak lima (5) kali ganda daripada Had Tahunan; atau
- (ii) Jika mana-mana premium dalam Polisi ini tidak dibayar pada waktu matangnya; atau
- (iii) Sebaik saja Polisi ini terhenti; atau
- (iv) Jika ulang tahun Polisi ini menghampiri tarikh lahir Orang Yang Diinsuranskan itu yang ke-80 tahun.

(B)PENAMATAN OLEH SYARIKAT

Syarikat boleh memberi notis penamatan secara pos berdaftar kepada Orang Yang Diinsuranskan di alamat terakhirnya yang diketahui. Penamatan ini akan berkuat kuasa tujuh (7) hari berikutan tarikh notis tersebut. Sekiranya premium telah dibayar bagi sebarang tempoh yang melebihi tarikh penamatan Polisi ini, premium secara pro-rata akan dikembalikan kepada Orang Yang Diinsuranskan, dengan syarat tidak terdapat apa-apa tuntutan yang telah dibuat dalam Tempoh Insurans yang semasa itu.

5.33 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.

5.34 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 anda Orang Yang Diinsuranskan, Orang Yang Diinsuranskan mempunyai kewajipan mengambil penjagaan munasabah supaya tidak membuat salah nyataan semasa menjawab soalan-soalan di dalam Borang Cadangan dan semua soalan-soalan yang dikehendaki oleh Syarikat dengan penuh dan tepat serta mendedahkan apa-apa perkara lain yang Orang Yang Diinsuranskan ketahui ada berkaitan dengan

keputusan Syarikat menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai, jika sebaliknya ini boleh menyebabkan kontrak terbatal, penolakan atau pengurangan tuntutan, penukaran terma atau penamatan kontrak. Kewajipan pendedahan ini berterusan sehingga masa kontrak tersebut dibuat, diubah atau diperbaharui.

(b)Kontrak Insurans Bukan Pengguna

Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, sekiranya Orang Yang Diinsuranskan memohon Insurans bagi tujuan berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion Orang Yang Diinsuranskan, Orang Yang Diinsuranskan mempunyai kewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang Orang Yang Diinsuranskan 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 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 insurans dibuat, diubah atau diperbaharui dengan pihak kami, sebarang maklumat yang diberikan adalah tidak tepat atau telah berubah.

5.35 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 keingkaran akan turut digunapakai dengan Cukai Berkenaan.

6. PENGECUALIAN

Kontrak ini tidak melindungi apa-apa Penghospitan, Pembedahan atau bayaran yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung, sepenuhnya atau

sebahagiannya, oleh mana-mana satu kejadian yang berikut:

- (a) Penyakit yang sedia ada, melainkan jika diisytiharkan oleh Orang Yang Diinsuranskan dan diterima oleh Syarikat secara bertulis, pada atau sebelum tarikh isu Polisi;
- (b) Penyakit tertentu yang berlaku dalam tempoh seratus 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 atau tarikh pengembalian semula bagi Orang Yang Diinsuranskan, mengikut mana-mana yang terkini kecuali untuk Kecederaan akibat Kemalangan;
- (d) Pembedahan plastik/kosmetik, kecuali pembedahan rekonstruktif perlu untuk memulihkan fungsi selepas Kemalangan yang berlaku semasa Tempoh Insurans, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasan atau pembedahan (Keratomi 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, ubat 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) Penghospitan 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 jantung;
- (u) Keganasan; dan
- (v) Mana-mana orang yang tinggal di luar Malaysia.

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 KETIDAK BOLEH DIPERTIKAIKAN

Kecuali untuk penipuan dan/atau premium yang tidak dibayar, Syarikat tidak akan mempertikaikan keesahan Polisi ini selepas ia berkuat kuasa di sepanjang hayat Orang Yang Diinsuranskan itu selama tempoh dua (2)

tahun dari tarikh pengeluaran atau tarikh pengembalian semula Polisi ini, bergantung pada yang mana satu berlaku terkemudian.

6.2 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 diberi 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.

6.3 BUKTI UMUR DAN JANTINA

- (a) Polisi ini telah dibuat berdasarkan umur yang ditunjukkan di dalam Penyata Penerangan Polisi yang menunjukkan umur tarikh lahir yang terdekat 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.

6.4 PENGEMBALIAN SEMULA

Orang Yang Diinsuranskan itu boleh pada bila-bila masa dalam tempoh dua (2) tahun daripada sebarang kemungkinan yang menimbulkan peluputan masa, memohon untuk pengembalian semula Polisi ini, tertakluk kepada:

- (a) Permohonan bertulis oleh Orang Yang Diinsuranskan itu untuk meminta pengembalian semula ini;
- (b) Bukti boleh diinsurans yang memuaskan Syarikat berkenaan keadaan kesihatan.

Atas budi bicaranya sendiri, Syarikat boleh meluluskan atau menolak permohonan untuk pengembalian semula tadi atau mengenakan sebarang terma yang dianggap sesuai.

6.5 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.

6.6 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. Syarikat tidak akan memberikan sebarang pertimbangan ke atas tuntutan yang di buat di bawah ini sekiranya keperluan di atas telah dipenuhi.

Bukti yang kukuh tentang Penghospitalan untuk tuntutan dibuat perlu dikemukakan kepada Syarikat dalam masa sembilan puluh (90) hari selepas tamatnya Penghospitalan tersebut. 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.

Syarikat memerlukan sebahagian sebagai bukti bil dan resit yang asal untuk kemasukan hospital dan cas bayaran dan bayaran yang dikenakan. Pihak Syarikat berhak memeriksa Orang Yang Diinsuranskan yang mengalami Kecederaan atau Penyakit yang merupakan asas kepada tuntutan dan sekerap mungkin dan sepertimana yang munasabah yang diperlukan ketika ia menunggu keputusan tuntutan di bawah ini.

6.7 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.

Kepilkan Jadual Di Sini

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

 bnmteelink@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)

(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 Pelanggan Allianz: 1 300 22 5542 Emel: customer.service@allianz.com.my   AllianzMalaysia  allianz.com.my

