



Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad (200601015674)

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

Allianz MediCure

Polisi

Manfaat-manfaat yang dibayar di bawah produk yang layak adalah dilindungi oleh PIDM sehingga had perlindungan. Sila rujuk Brosur Sistem Perlindungan Manfaat Takaful dan Insurans PIDM atau hubungi Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad atau PIDM (layari www.pidm.gov.my).

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.

Walau apapun 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 Manfaat** serta tertakluk pada terma dan syarat **Polisi** ini.

1. Manfaat-manfaat

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

Tertakluk bahawa jumlah keseluruhan manfaat yang dibayar di bawah **Polisi** tidak melebihi had yang dinyatakan di bawah Perenggan 3 (**Had Manfaat**), **Syarikat** akan membayar atau membayar balik, sebagaimana yang berlaku, amaun yang relevan untuk manfaat 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 kemasukan **Orang Yang Diinsuranskan** di dalam **Hospital** tertakluk kepada maksimum seratus dua puluh (120) hari. **Orang Yang Diinsuranskan** hanya layak mendapat manfaat 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 kemasukan **Orang Yang Diinsuranskan** dalam **Hospital** tertakluk kepada maksimum seratus dua puluh (120) hari. **Orang Yang Diinsuranskan** hanya layak mendapat manfaat ini semasa berada di **Hospital** sebagai pesakit di dalam **Unit Rawatan Rapi**. Sekiranya tempoh

kemasukan di dalam **Unit Rawatan Rapi** melebihi had yang dinyatakan dalam **Jadual Manfaat**, pembayaran balik akan berdasarkan harga bilik and makan **Hospital** yang standard.

Bagi mengelakkan keraguan, manfaat bilik dan makan **Hospital** tidak akan dibayar untuk tempoh kemasukan yang sama sekiranya manfaat 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:

- (a) jagaan am;
- (b) dadah dan ubat yang dipreskripsikan dan dimakan;
- (c) pencucian dan pembalutan anduh, acuan plaster;
- (d) sinar-X;
- (e) pemeriksaan makmal;
- (f) elektrokardiogram;
- (g) fisioterapi;
- (h) ujian metabolisme basal;
- (i) suntikan dan larutan intravena; dan
- (j) 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 **Penghospitalan** 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 **Penghospitalan**.

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 **Penghospitalan** 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 **Penghospitalan** untuk rawatan **Ketidakupayaan** yang telah didiagnos.

1.9 Pendapat Pembedahan Kedua

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**. Manfaat ini hanya dibayar sekiranya **Orang Yang Diinsuranskan** dimasukkan ke dalam **Hospital** selanjutnya.

1.10 Elaun Tunai Harian 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 Manfaat** untuk manfaat 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**. Manfaat 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.

Manfaat yang dibayar tidak akan melebihi had maksimum seperti yang dinyatakan dalam **Jadual Manfaat**. **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 manfaat 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**. Manfaat 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**. Manfaat 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 Ihsan

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 Manfaat**.

Manfaat 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 manfaat 1.10 (Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan), manfaat 1.19 (Elaun Ihsan), rawatan kecemasan termasuk kes kemalangan, rawatan susulan pesakit luar untuk penyakit kritikal, dan rawatan yang diperolehi di kemudahan jagaan kesihatan Kerajaan.

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 manfaat yang dinyatakan dalam **Jadual Manfaat** kecuali manfaat rawatan **Pesakit Luar**, rundingan pra-hospital, prosedur diagnostik, kos selepas penghospitalan, elaun tunai harian di Hospital Kerajaan dan elaun ihsan 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 Manfaat

3.1 Had Manfaat

Liabiliti **Syarikat** hendaklah tidak melebihi Had Tahunan Keseluruhan yang dinyatakan dalam **Jadual Manfaat** 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 Peraturan-peraturan Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta (Hospital Swasta dan Kemudahan Jagaan Kesihatan Swasta Lain) 2006 (kemudian dari ini dirujuk sebagai "Peraturan") apabila menentukan bayaran yang dikenakan oleh **Pengamal Perubatan** atau **Hospital**.

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

- Caj Yang Berpatutan dan Lazim** untuk rawatan yang diberikan;
- pelan pilihan bagi **Polisi** yang dikeluarkan dan premium yang sudah dibayar;
- Had Tahunan Keseluruhan yang dinyatakan dalam **Jadual Manfaat** 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 manfaat di bawah **Polisi** ini tidak akan lagi dibayar bagi **Orang Yang Diinsuranskan** dengan serta merta untuk baki tahun semasa.
- perbelanjaan perubatan yang tidak dibayar balik sepenuhnya oleh mana-mana insurans perubatan, manfaat 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 Manfaat**.

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:

- Pemegang Polisi** memohon untuk kemasukan tersebut;
- individu tersebut layak sebagai **Orang Yang Diinsuranskan** selaras dengan kriteria kelayakan penerimaan oleh **Syarikat**; dan
- 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 diendorkan 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-caj 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**.

usteru 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 manfaat 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 Percubaan

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 percubaan 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 Kebenaran Menggunakan Data Peribadi

- (a) **Pemegang Polisi** dan/atau **Orang Yang Diinsuranskan** mewakili dan menjamin bahawa jika dia mengemukakan maklumat yang berkaitan dengan **Orang Yang Diinsuranskan** atau individu lain kepada **Syarikat**, bahawa dia mempunyai kebenaran untuk memberikan maklumat yang berkaitan dengan **Orang Yang Diinsuranskan** atau individu lain tersebut, bahawa dia telah memberitahu **Orang Yang Diinsuranskan** atau individu lain tersebut mengenai tujuan maklumat peribadinya dikumpulkan, digunakan dan didedahkan serta pihak-pihak yang boleh menerima maklumat peribadi mereka berikutan pendedahan oleh **Syarikat**, dan bahawa **Pemegang Polisi**, **Orang Yang Diinsuranskan** atau individu lain bersetuju bahawa **Syarikat** boleh mengumpulkan, menggunakan, mendedahkan dan memproses maklumat peribadi (sama ada diperolehi semasa proses permohonan atau pentadbiran **Polisi** ini) mengikut Notis Privasi **Syarikat** seperti yang diterbitkan dari semasa ke semasa di allianz.com.my.
- (b) Peraturan Perlindungan Data Umum ("General Data Protection Regulation" atau "GDPR")
Sekiranya ada **Orang Yang Diinsuranskan** ingin menggunakan hak GDPR mereka, **Pemegang Polisi** akan memberitahu **Orang Yang Diinsuranskan** untuk menulis kepada **Syarikat** di privacy@allianz.com.my agar **Syarikat** dapat menilai dan mematuhi Undang-undang Privasi EU – GDPR.

4.13 Kelayakan

Polisi ini melindungi individu yang merupakan:

- (a) warganegara Malaysia;
- (b) pemastautin tetap Malaysia;
- (c) pemegang permit kerja;
- (d) pemegang pas kerja yang bermastautin secara sah di Malaysia dengan akaun bank tempatan;

semuanya dari umur tiga puluh (30) hari hingga maksimum enam puluh sembilan (69) tahun dan **Tanggungjawab** mereka yang bermastautin secara sah di Malaysia. Perlindungan **Orang Yang Diinsuranskan** boleh diperbaharui sehingga umur tujuh puluh sembilan (79) tahun.

Umur yang dimaksudkan di sini adalah umur yang terdekat dengan 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.

4.14 Wilayah Geografi

Semua manfaat 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).

4.15 Undang-Undang Mengawal Selia

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

4.16 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.

4.17 Salah Nyataan Atau Peninggalan Fakta Penting

Tertakluk kepada kewajipan pendedahan oleh **Pemegang Polisi** atau **Orang Yang Diinsuranskan**, mana-mana yang mungkin, **Syarikat** tidak akan bertanggungjawab 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.

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

4.18 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 manfaat.

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

4.19 Notis

Setiap notis atau komunikasi yang akan diberikan atau dibuat mengikut **Polisi** ini oleh **Pemegang Polisi** atau **Orang Yang Diinsuranskan** atau wakilnya yang sah dari segi undang-undang harus dihantar secara bertulis kepada Ibu Pejabat atau mana-mana Pejabat Cawangan **Syarikat**.

4.20 Rawatan Luar Negara

Sekiranya **Orang Yang Diinsuranskan** mendapatkan rawatan di **Luar Negara**, manfaat 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 Peraturan 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 manfaat 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**.

4.21 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 manfaat oleh **Orang Yang Diinsuranskan** (atau oleh wakilnya yang sah) merupakan pelepasan efektif bagi semua obligasi dan liabiliti **Syarikat**.

4.22 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**.

4.23 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**.

4.24 Peruntukan Bayaran Premium

Adalah syarat khusus dan mutlak **Polisi** ini di mana premium harus dibayar dan diterima oleh **Syarikat** pada atau sebelum perlindungan bermula menggunakan satu (1) kaedah bayaran yang dibenarkan oleh **Syarikat**. Sekiranya syarat ini tidak dipatuhi, **Polisi** akan terbatal dari tarikh bermulanya **Polisi**.

4.25 Perjalanan Ke Luar Negara

Tiada manfaat 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.

4.26 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**.

4.27 Polisi Ditingkatkan

Sekiranya had manfaat 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 manfaat yang relevan yang berbayar untuk **Ketidakupayaan** tersebut hendaklah tidak melebihi had manfaat sebelum tarikh peningkatan dan kenaikan had manfaat.

4.28 Bayaran Bersama Bilik Dan Makan Ditingkatkan

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

4.29 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.

4.30 Had Sekatan Dan Klausula 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 manfaat dibawah **Polisi** ini, dimana pembayaran tuntutan atau provisi untuk manfaat 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.

4.31 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 premium pro-rata akan dikembalikan kepada **Pemegang Polisi** atau **Orang Yang Diinsuranskan**, mana-mana yang mungkin,

dengan syarat tiada tuntutan yang telah dibuat dalam **Tempoh Insurans** yang masih wujud pada ketika itu.

(b) Penamatan oleh Syarikat

Sekiranya **Syarikat** menamatkan **Polisi** ini atau perlindungan **Orang Yang Diinsuranskan** di bawah **Polisi** ini, mana-mana yang mungkin, berdasarkan Syarat 4.17 (Salah Nyataan 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 atau perlindungan individu **Orang Yang Diinsuranskan** di bawah **Polisi** ini, mana-mana yang mungkin, premium pro-rata akan dikembalikan kepada **Pemegang Polisi** atau **Orang Yang Diinsuranskan** 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:

- i. ketika tengah malam (waktu piawai Malaysia) pada hari terakhir **Tempoh Insurans** yang dinyatakan dalam **Jadual** walaupun **Orang Yang Diinsuranskan** telah mencapai umur lapan puluh (80) tahun, atau sembilan belas (19) tahun atau dua puluh lima (25) tahun sekiranya **Orang Yang Diinsuranskan** ialah kanak-kanak **Tanggungan**, mana-mana yang berkenaan, bila-bila masa dalam **Tempoh Insurans**; atau
- ii. apabila **Polisi** ini diberhentikan atau ditamatkan; atau
- iii. jika apa-apa premium yang perlu dibayar di bawah **Polisi** ini masih belum dibayar pada atau sebelum perlindungan bermula atau pada atau sebelum **Ulang Tahun Polisi**; dan
- iv. penamatan perlindungan di bawah **Polisi** ini apabila **Syarikat** membuat keputusan untuk menghentikan pengunderaitannya selaras dengan Syarat 4.23 (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:

- (a) **Penyakit Sedia Ada** kecuali diisytiharkan oleh **Orang Yang Diinsuranskan** dan diterima oleh **Syarikat** secara bertulis pada atau sebelum tarikh permulaan **Polisi**;
- (b) **Penyakit Khusus** yang berlaku dalam tempoh seratus dua

puluh (120) hari pertama perlindungan berterusan dikira dari tarikh **Tempoh Insurans** bermula;

- (c) 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;
- (d) **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 pembedahan 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;
- (e) Keadaan pergigian termasuk rawatan pergigian atau pembedahan mulut kecuali yang perlu akibat **Kecederaan** pada gigi asal elok yang berlaku sepenuhnya semasa **Tempoh Insurans**;
- (f) 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;
- (g) Sebarang rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk keadaan yang diwarisi;
- (h) 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 erektel dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pemandulan;
- (i) **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 pencegahan 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 khas 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 manfaat dibayar di bawah **Polisi** ini. Jumlah **Deduktibel** yang berkenaan dinyatakan dalam **Jadual Manfaat**. **Perbelanjaan yang Layak** dikumpulkan dalam **Tempoh Insurans** sebelum pemotongan 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 Manfaat**.

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 tiga puluh (30) hari dan ke atas 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 manfaat dalam **Jadual Manfaat**.

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 kemasukan 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 kemasukan 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 manfaat 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 Manfaat 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 bilari;
- (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 cakera 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	Perempuan	Lelaki	Perempuan	Lelaki	Perempuan
30 hari – 17 tahun	901	791	1,071	1,071	1,438	1,208	1,781	1,397	2,048	1,759
18 – 25 tahun	580	534	778	722	854	854	1,085	999	1,731	1,552
26 – 29 tahun	697	697	867	867	1,062	1,045	1,324	1,088	1,871	1,678
30 – 39 tahun	949	949	1,300	1,300	1,508	1,494	1,948	1,653	2,729	2,329
40 – 49 tahun	1,462	1,343	2,004	1,842	2,292	2,087	2,639	2,608	4,044	3,661
50 – 54 tahun	2,105	1,934	2,898	2,665	3,474	3,341	4,348	4,176	5,346	4,887
55 – 59 tahun	2,882	2,649	3,979	3,658	4,771	3,999	5,576	4,996	7,408	6,953
60 – 64 tahun	4,159	3,860	5,738	5,327	6,722	6,023	7,420	6,674	11,735	9,628
65 – 69 tahun	5,864	5,444	8,107	6,815	8,484	7,331	10,232	7,632	17,351	14,194
70 – 74 tahun (pembaharuan sahaja)	7,879	6,704	10,828	8,180	12,272	9,416	13,547	11,339	28,476	24,052
75 – 79 tahun (pembaharuan sahaja)	9,812	7,735	11,377	10,632	13,084	12,239	15,759	14,742	35,509	29,963

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	492	418	608	575	768	768	960	846	1,593	1,280
18 – 25 tahun	369	313	472	436	528	528	616	568	1,060	1,060
26 – 29 tahun	471	471	619	619	735	735	805	805	1,316	1,316
30 – 39 tahun	678	678	908	908	1,084	1,084	1,205	1,205	1,851	1,582
40 – 49 tahun	918	769	1,088	1,059	1,305	1,305	1,514	1,393	2,896	2,614
50 – 54 tahun	1,325	1,137	1,879	1,879	2,168	2,034	2,295	2,118	3,830	3,494
55 – 59 tahun	1,902	1,750	2,623	2,421	3,164	3,164	3,379	3,379	5,037	4,859
60 – 64 tahun	2,750	2,522	3,808	3,536	4,482	4,163	5,373	5,025	7,998	6,524
65 – 69 tahun	3,890	3,491	5,386	4,808	5,638	5,235	6,812	5,668	11,826	9,646
70 – 74 tahun (pembaharuan sahaja)	5,697	4,656	7,888	6,411	9,130	7,258	10,402	8,336	19,345	16,392
75 – 79 tahun (pembaharuan sahaja)	7,103	5,090	8,288	7,752	9,686	8,972	11,590	10,841	24,209	20,373

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 RM19.44 (termasuk 8% Cukai Perkhidmatan) akan dicajkan berasingan untuk Pelan Tanpa Tunai.
- Bagi **Pemegang Polisi** Korporat, premium tertakluk kepada 8% Cukai Perkhidmatan.
- Amaun Cukai Perkhidmatan ("CP") di sini mungkin tertakluk kepada perubahan kerana kadar CP yang digunakan hendaklah berdasarkan kadar semasa mengikut undang-undang Malaysia.
- Jumlah bayaran premium oleh **Orang Yang Diinsuranskan** bergantung kepada pilihan **Deduktibel**, umur dan jantina serta keperluan pengunderaitan **Syarikat**.

Jadual Manfaat

Manfaat	Pelan 1	Pelan 2	Pelan 3	Pelan 4	Pelan 5
	RM				
Had Tahunan Keseluruhan	50,000	80,000	120,000	150,000	250,000
Manfaat Penghospitalan dan Pembedahan					
Bilik (maksimum sehari sehingga 120 hari)	150	200	300	400	500
Unit Rawatan Rapi (sehingga 120 hari)	Seperti Dicaikkan				
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 kemasukan ke hospital)					
Rundingan Pakar Pra-Hospital (dalam tempoh 60 hari sebelum kemasukan ke hospital)					
Pendapat Pembedahan Kedua (dalam tempoh 60 hari dari rundingan dengan Pakar Perubatan yang pertama)					
Rawatan Selepas Penghospitalan (dalam tempoh 60 hari dari tarikh keluar dari hospital)					
Prosedur Penjagaan Harian					
Bayaran Ambulans					
Pembayaran Balik Bayaran Laporan Perubatan					
Penjagaan Kejururawatan Di Rumah (sehingga)	500	1,000	2,000	3,000	4,000
Manfaat Rawatan Pesakit Luar					
Rawatan Kecemasan Kemalangan Pesakit Luar (termasuk rawatan susulan sehingga 60 hari dari tarikh kemalangan)	Seperti Dicaikkan				
Rawatan Kanser Pesakit Luar					
Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar					
Manfaat Yang Lain (Tidak Tertakluk Kepada Deduktibel)					
Elaun Tunai Harian Di Hospital Kerajaan	120	150	180	200	250
Manfaat Perkabungan (Tidak Tertakluk Kepada Deduktibel)					
Elaun Ihsan (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	Pilihan 6
	RM					
	500	10,000	20,000	30,000	40,000	50,000

Kemasukan dan Keluar Dari Hospital Tanpa Tunai	Di Panel Hospital Yang Berkaitan
---	----------------------------------

Nota:

- *Deduktibel** adalah bahagian **Perbelanjaan Yang Layak** di mana **Orang Yang Diinsuranskan** bertanggungjawab menanggungnya semasa **Tempoh Insurans** sebelum sebarang manfaat dibayar di bawah **Polisi** ini.
- Had **Deduktibel** tidak terpakai untuk Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan, Elaun Ihsan, rawatan kecemasan termasuk kes kemalangan, rawatan susulan pesakit luar untuk penyakit kritikal, dan rawatan yang diperolehi di kemudahan jagaan kesihatan Kerajaan.

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, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.



1 300 22 5542



customer.service@allianz.com.my



allianz.com.my

Saluran untuk Penyelesaian Aduan

Anda boleh mengemukakan aduan anda kepada Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan (FMOS) jika anda tidak berpuas hati dengan keputusan muktamad kami, dan sekiranya aduan anda berada di dalam skop FMOS serta had monetari pertikaian tidak melebihi RM250,000.

FMOS boleh dihubungi di alamat berikut:

Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan (No. Syarikat: 200401025885)
Tingkat 14, Blok Utama, Menara Takaful Malaysia,
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman,
50000 Kuala Lumpur



03 2272 2811



fmos.org.my

Jika aduan anda berada di luar bidang FMOS, anda bolehlah merujuk aduan anda kepada Laman Maklumat Nasihat dan Khidmat (LINK) Bank Negara Malaysia (BNM) di alamat berikut:

Secara Bertulis:

BNMLINK
Bank Negara Malaysia
Peti Surat 10922
50929 Kuala Lumpur

BNMLINK Office:

Tingkat 4, Podium Bangunan AICB
No. 10, Jalan Dato' Onn
50480 Kuala Lumpur



1 300 88 5465
03 2174 1717 (Luar Negara)



03 2174 1515 (Faks)



bnm.gov.my (Laman Sesawang)
bnm.gov.my/livechat (Live Chat)
bnmlink.bnm.gov.my (Borang eLINK)

Untuk kunjungan fizikal, BNMLINK hanya menerima pelawat melalui janji temu sahaja. Orang ramai boleh membuat janji temu melalui Borang eLINK atau menerusi telefon.

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

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   AllianzMalaysia  allianz.com.my

