

GROUP HOSPITAL AND SURGICAL

Policy Wording

The benefit(s) payable under this eligible policy is protected by PIDM up to limits. Please refer to PIDM's TIPS Brochure or contact RHB Insurance Berhad or PIDM (visit www.pidm.gov.my).

Member of PIDM.



TABLE OF CONTENTS

GROUP HOSPITAL AND SURGICAL INSURANCE POLICY.....	3
DEFINITIONS	3
DESCRIPTIONS OF BENEFITS.....	5
EXCLUSIONS	7
GENERAL PROVISIONS.....	8
GENERAL CONDITIONS	9
CLAUSES/WARRANTY	12
NOTICE TO POLICYHOLDERS.....	13
HOW TO LODGE A COMPLAINT?	13

GROUP HOSPITAL AND SURGICAL INSURANCE POLICY

WHEREAS the Insured by an application and declaration which shall be the basis of this contract and is deemed to be incorporated herein has applied to RHB INSURANCE BERHAD (hereinafter referred to as "the Company") for the insurance hereinafter contained and has paid or agreed to pay the premium stated in the Policy Schedule as consideration for such insurance for the period stated therein.

NOW THIS POLICY OF INSURANCE WITNESSETH that if during the period of insurance stated in the Schedule attached hereto, any sickness, disease, illness or accidental injury necessitates the Insured Person to be confined to a Hospital for treatment, the Company shall subject to the terms provisos exclusions and conditions or endorsed on this Policy, pay the Insured or Insured's legal representatives the sum or sums stated in the Schedules of Benefits.

Provided always that the liability of the Company shall not exceed the Overall Annual Limit as set out in the Schedule of Benefits for any one period of insurance.

DEFINITIONS

RELATING TO CONTRACTUAL DETAILS

1. **POLICYHOLDER** shall mean a person or a corporate body to whom the Policy has been issued in respect of cover for persons specifically identified as Insured Persons in this Policy.
2. **INSURED PERSON** shall mean the person described in the Policy Schedule including his/her Dependent (if applicable).
3. **POLICY YEAR** shall mean the one year period including the effective date of commencement of Insurance and immediately following that date, or the one year period following the Renewal or Renewed Policy.
4. **RENEWAL OR RENEWED POLICY** shall mean a Policy which has been renewed without any lapse of time upon expiry of a preceding Policy with the same content.
5. **POLICY** shall mean this agreement together with any endorsements therein, signed by the Company, the Policy Schedule attached hereto and the application form of the Insured Person all of which constitute the entire contract between the parties.

RELATING TO INSURANCE COVER

1. **ACCIDENT** shall mean a sudden, unintentional, unexpected, unusual, and specific event that occurs at an identifiable time and place which shall, independently of any other cause, be the sole cause of bodily injury.
2. **INJURY** shall mean bodily injury caused solely by Accident.
3. **SICKNESS, DISEASE OR ILLNESS** shall mean a physical condition marked by a pathological deviation from the normal healthy state.
4. **DISABILITY** shall mean a Sickness, Disease, Illness or the entire Injuries arising out of a single or continuous series of causes.
5. **ANY ONE DISABILITY** shall mean all of the periods of disability arising from the same cause including any and all complications therefrom except that if the Insured Person completely recovers and remain free from further treatment (including drugs, medicines, special diet or injection or advice for the condition) of the disability for at least ninety (90) days following the latest date of discharge and subsequent disability from the same cause shall be considered as though it were a new disability.
6. **CONGENITAL CONDITIONS** shall mean any medical or physical abnormalities existing at the time of birth, as well as neo-natal physical abnormalities developing within 6 months from the time of birth. They will include hernias of all types and epilepsy except when caused by a trauma which occurred after the date that the insured was continuously covered under this Policy.
7. **CHILD** shall mean any person who has attained the age of 30 days and is an unmarried person, is financially dependent upon the Insured and is under the age of 19, or up to the age of 23 for those registered as full time students at a recognized educational institution.
8. **DEPENDANT** shall mean any of the following persons:
 - a) a legally married spouse
 - b) b) unmarried children over 30 days old but under nineteen (19) years of age or twenty-three (23) years of age is still on full-time higher education, and who are not gainfully employed.
9. **ELIGIBLE EXPENSES** shall mean Medically Necessary expenses incurred due to a covered Disability but not exceeding the limits in the schedule.
10. **MEDICALLY NECESSARY** shall mean a medical service which is: -
 - a) consistent with the diagnosis and customary medical treatment for a covered Disability, and
 - b) in accordance with standards of good medical practice, consistent with current standard of professional medical care, and of proven medical benefits, and
 - c) not for the convenience of the Insured or the Physician, and unable to be reasonably rendered out of hospital (if admitted as an inpatient), and
 - d) not of an experimental, investigational or research nature, preventive or screening nature,
 - e) for which the charges are fair and reasonable and customary for the Disability.

11. **REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGES** shall mean charges for medical care which is medically necessary shall be considered reasonable and customary to the extent that it does not exceed the general level of charges being made by others of similar standing in the locality where the charge is incurred, when furnishing like or comparable treatment, services or supplies to individual of the same sex and of comparable age for a similar sickness, disease or injury and in accordance with accepted medical standards and practice could not have been omitted without adversely affecting the Insured Person's medical condition.
12. **PRE-EXISTING ILLNESS** shall mean disabilities that the Insured Person has reasonable knowledge of an Insured Person may be considered to have reasonable knowledge of a pre-existing condition where the condition is one for which: -
 - a) the Insured Person had received or is receiving treatment;
 - b) medical advice, diagnosis, care or treatment has been recommended;
 - c) clear and distinct symptoms are or were evident; or
 - d) its existence would have been apparent to a reasonable person in the circumstances.
13. **SPECIFIED ILLNESSES** shall mean the following disabilities and its related complications, occurring within the first 120 days of Insurance of the Insured Person
 - a) Hypertension, diabetes mellitus and Cardiovascular disease
 - b) All tumours, cancers, cysts, nodules, polyps, stones of the urinary system and biliary system
 - c) All ear, nose (including sinuses) and throat conditions
 - d) Hernias, hemorrhoids, fistulae, hydrocele, varicocele
 - e) Endometriosis including disease of the Reproduction system
 - f) Vertebra-spinal disorders (including disc) and knee conditions.
14. **HOSPITALISATION** shall mean admission to a Hospital as a registered in-patient for Medically Necessary treatments for a covered Disability upon recommendation of a physician. A patient shall not be considered as an in-patient if the patient does not physically stay in the hospital for the whole period of confinement
15. **INTENSIVE CARE UNIT** shall mean a section within a Hospital which is designated as an Intensive Care Unit by the Hospital, and which is maintained on a twenty-four (24) hour basis solely for treatment of patients in critical condition and is equipped to provide special nursing and medical services not available elsewhere in the Hospital.
16. **OUT-PATIENT** shall mean the Insured Person is receiving medical care or treatment without being hospitalized and includes treatment in a Daycare centre.
17. **WAITING PERIOD** shall mean the first 30 days between the beginning of an Insured Person's disability and the commencement of this Policy date/ reinstatement date and is applied only when the person is first covered. This shall not be applicable after the first year of cover. However, if there is a break in insurance, the Waiting Period will apply again.
18. **OVERALL ANNUAL LIMIT**
Benefits payable in respect of expenses incurred for treatment provided to the Insured Person during the period of insurance shall be limited to Overall Annual Limits as stated in the Schedule of Benefits irrespective of a type/types of disability. In the event the Overall Annual Limit having been paid, all insurance for the Insured Person hereunder shall immediately cease to be payable for the remaining policy year.

RELATING TO MEDICAL SUPPLIERS

1. **DAY SURGERY**
A patient who needs the use of a recovery facility for a surgical procedure on a pre-plan basis at the hospital/ specialist clinic (but not for overnight stay).
2. **HOSPITAL** shall mean only an establishment duly constituted and registered-as a hospital for the care and treatment of sick and injured persons as paying bed-patients, and which: -
 - a) has facilities for diagnosis and major surgery, "
 - b) provides 24 hour a day nursing services by registered and graduate nurses,
 - c) is under the supervision of a Physician. and
 - d) is not primarily a clinic; a place for alcoholics or drug addicts; a nursing, rest or convalescent home or a home for the aged or similar establishment.
3. **MALAYSIAN GOVERNMENT HOSPITAL** shall mean a hospital which charges of services are subject to the Fee Act 1951 Fees (Medical) Order 1982 and/or its subsequent amendments if any.
4. **PRESCRIBED MEDICINES** shall mean medicines that are dispensed by a Physician, a Registered Pharmacist or a Hospital and which have been prescribed by a Physician or Specialist in respect of treatment for a covered Disability.
5. **DOCTOR or PHYSICIAN or SURGEON** shall mean a registered medical practitioner qualified and licensed to practice western medicine and who, in rendering such treatment, is practicing within the scope of his licensing and training in the geographical area of practice, but excluding a doctor, physician or surgeon who is the insured himself.

6. **DENTIST** shall mean a person who is duly licensed or registered to practice dentistry in the geographical area in which a service is provided, but excluding a physician or surgeon who is the insured himself.
7. **SPECIALIST** shall mean a medical or dental practitioner registered and licensed as such in the geographical area of his practice where treatment takes place and who is classified by the appropriate health authorities as a person with superior and special, expertise in specified fields of medicine or dentistry, but excluding a physician or surgeon who is the insured himself.
8. **SURGERY** shall mean any of the following medical procedures:
 - a) To incise, excise or electrocauterize any organ or body part, except for dental services.
 - b) To repair, revise, or reconstruct any organ or body part.
 - c) To reduce by manipulation a fracture or dislocation.
 - d) Use of endoscopy to remove a stone or object from the larynx, bronchus, trachea, esophagus, stomach, intestine, urinary bladder, or urethra

DESCRIPTIONS OF BENEFITS

1. HOSPITAL ROOM AND BOARD

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges Medically Necessary for room accommodation and meals. The amount of the benefit shall be equal to the actual charges made by the Hospital during the Insured Person's confinement, but in no event shall the benefit exceed, for any one day, the rate of Room and Board Benefit, and the maximum number of days as set forth in the Schedule of Benefits. The Insured Person will only be entitled to this benefit while confined to a Hospital as an in-patient.

2. INTENSIVE CARE UNIT

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

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

3. SURGICAL FEES

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

4. ANAESTHETIST FEE

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

5. OPERATING THEATRE

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

6. HOSPITAL SUPPLIES & SERVICES

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

7. IN-HOSPITAL PHYSICIAN VISIT

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

8. PRE-HOSPITAL DIAGNOSTIC TESTS

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for Medically Necessary ECG, X-ray and laboratory tests which are performed for diagnostic purposes on account of an injury or illness when in connection with a Disability preceding hospitalization within the maximum number of days and amount as set forth in the Schedule of Benefit in a Hospital and which are recommended by a qualified medical practitioner. No payment shall be made if upon such diagnostic services, the Insured does not result in hospital confinement for the treatment of the medical condition diagnosed. Medications and consultation charged by the medical practitioner will not be payable.

9. PRE-HOSPITAL SPECIALIST CONSULTATION

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

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

10. EMERGENCY ACCIDENTAL OUTPATIENT TREATMENT

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for up to the maximum stated in the Schedule of Benefits, as a result of a covered bodily injury arising from an Accident for Medical Necessary treatment as an outpatient at any registered clinic or hospital within 24 hours of the Accident causing the covered bodily Injury. Follow up treatment by the same doctor or same registered clinic or Hospital for the same covered bodily injury shall be covered up to the maximum amount and the maximum number of days as set forth in the Schedule of Benefits.

11. POST-HOSPITALISATION TREATMENT

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

12. AMBULANCE FEES

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

13. DAILY-CASH ALLOWANCE AT GOVERNMENT HOSPITAL

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

14. OUTPATIENT PHYSIOTHERAPY TREATMENT

Reimbursement of Reasonable and Customary Charges for outpatient physiotherapy treatment referred to in writing by a licensed specialist Physician after Surgery or in-Hospital treatment, within ninety (90) days from the date of hospital discharge/surgery for Any One Disability. However, no payment shall be made for medication/treatment and subsequent consultations with the same specialist Physician.

15. ANNUAL OUT-PATIENT CANCER TREATMENT

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

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

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

- a) Carcinoma in situ including of the cervix;
- b) Ductal Carcinoma in situ of the breast;
- c) Papillary Carcinoma of the bladder & Stage 1 Prostate Cancer ;
- d) All skin cancers except malignant melanoma;
- e) Stage 1 Hodgkin's disease;
- f) Tumours manifesting as complications of AIDS.

It is a specific condition of this Benefit that notwithstanding the exclusion of pre-existing conditions, this Benefit will not be payable for any Insured Who had been diagnosed as a cancer patient and/or is receiving cancer treatment prior to the effective date of Insurance.

16. ANNUAL OUT-PATIENT KIDNEY DIALYSIS TREATMENT

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

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

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

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

17. ORGAN TRANSPLANT

Reimburses Reasonable and Customary Charges incurred on transplantation surgery for the Insured Person being the recipient of the transplant of a kidney, heart, lung, liver or bone marrow. Payment for this Benefit is applicable only once per lifetime whilst the policy is in force and shall be subject to the limit as set forth in the Schedule of Benefit. The costs of acquisition of the organs and all costs incurred by the donors are not covered.

18. INSURED CHILD'S DAILY GUARDIAN BENEFIT

Reimburses (up to stipulated limits set forth on the Schedule of Benefits) the expenses for meals and lodging incurred to accompany an insured Child (aged below fifteen (15) years) in the hospital up to the maximum number of days set forth in the Schedule of Benefit.

19. GOVERNMENT GOODS AND SERVICES TAX

6% Government Goods and Services tax on Room and Board charges actually incurred subject to maximum daily benefit limit as specified in the Schedule of Benefits shall be reimbursable.

20. MEDICAL REPORT FEE

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for the completion of the Medical Report by the attending Physician or Surgeon up to the amount as stated in the Schedule of Benefits.

EXCLUSIONS

This contract does not cover any hospitalization, surgery or charges caused directly or indirectly, wholly or partly, by any one (1) of the following occurrences:

- 1. Pre-existing illness.
- 2. Specified illnesses occurring during the first 120 days of continuous cover.
- 3. Any medical or physical conditions arising within the first 30 days of the Insured Person's cover or date reinstatement whichever is latest except for accidental injuries

4. Plastic/Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of farsightedness (Radial Keratotomy) and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof.
5. Dental conditions including dental treatment or oral surgery except as necessitated by Accidental Injuries to sound natural teeth occurring wholly during the Period of Insurance.
6. Private nursing, rest cures or sanatoria care, illegal drugs, intoxication, sterilization: venereal disease and its sequelae, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or ARC (AIDS Related Complex) and HIV related diseases, and any communicable diseases required quarantine by law.
7. Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions
8. Pregnancy, child birth (including surgical delivery), miscarriage, abortion and, prenatal or postnatal care and surgical, mechanical or chemical contraceptive methods of birth control or treatment pertaining to infertility. Erectile dysfunction and tests or treatment related to impotence or sterilization.
9. Hospitalization primarily for investigatory purposes, diagnosis, X - ray examination, general physical or medical examinations, not incidental to treatment or diagnosis of a covered Disability or any treatment which is not Medically Necessary and any preventive treatments, preventive medicines or examinations carried out by a Physician, and treatments specifically for weight reduction or gain.
10. Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while sane or insane.
11. War or any act of war, declared or undeclared, criminal or terrorist activities, active duty in any armed forces, direct participation in strikes, riots and civil commotion or insurrection.
12. Ionising radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any nuclear weapons material.
13. Expenses incurred for donation of any body organ by an insured Person and costs of acquisition of the organ including all costs incurred by the donor during organ transplant and its complications.
14. Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical service or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bonesetting, herbalist treatment, massage or aroma therapy or other alternative treatment.
15. Care or treatment for which payment is not required or to the extent which is payable by any other insurance or indemnity covering the Insured and Disabilities arising out of duties of employment or profession that is covered under a Workman's Compensation Insurance Contract.
16. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
17. Costs/expenses of services of a non-medical nature, such as television, telephones, telex services, radios or similar facilities, admission kit/pack and other ineligible non-medical items.
18. Sickness or Injury arising from racing of any kind (except foot racing), hazardous sports such as but not limited to skydiving, water skiing, underwater activities requiring breathing apparatus, winter sports, professional sports and illegal activities.
19. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.
20. Expenses incurred for sex changes.

GENERAL PROVISIONS

1. PERSON ELIGIBLE

- a) **Employees** - Eligible Persons for insurance under the Policy are those present and future full-time employees of the Insured who are actively engaged at their usual work on the date the persons are eligible to join the Policy.
- b) **Present employees** shall be eligible to participate in the insurance on the commencement date of the Policy. Future employees shall be eligible to participate in the insurance according to the date mentioned in the application form.
- c) **Employees Not Actively Engaged** - If an employee is not actively engaged at his/her usual work on the date he/she would otherwise be eligible in accordance with the abovementioned requirements, his/her eligibility date shall be deferred to the first (151) day of the month immediately following his/ her return to active full-time work.

2. DEPENDENTS

Dependents of the employees are also eligible for insurance in accordance with the requirements stated in the application form for the same quantum of benefit as the employees on the same dates the employees themselves become eligible. If a dependent is disabled by illness or injury on the date he/she would otherwise be eligible, his/her eligibility date shall be deferred to the date following his/her complete recovery from the disability.

3. EFFECTIVE DATE OF INDIVIDUAL INSURANCE

- a) **Employees** - The insurance of each present and future eligible employee shall take effect on the employees eligibility date provided the employee applies to enroll for insurance by completing and returning an enrolment form provided by the Company within thirty (30) days from his/her eligibility date. Otherwise the insurance of the employee shall take effect on the date to be specified by the Company after the employee has submitted the enrolment form and produced satisfactory medical evidence of insurability which the Company may require at no expense to the Company.
- b) **Dependents** - The insurance of a dependent shall take effect of the dependents eligibility date, provided the insured employee applies to enroll the dependent within thirty (30) days from the dependent's eligibility date. Otherwise, the insurance of the dependent shall take effect on a date to be specified by the Company after the Dependent has produced at his/her own expense, evidence of insurability satisfactory to the Company.

GENERAL CONDITIONS

1. MEANING

This Policy and the Schedule shall be read together as one contract and any words or expressions to which a specific meaning has been attached in any part of this Policy or of the Schedule shall bear such specific meaning wherever it may appear.

2. PERIOD OF COVER AND RENEWAL

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

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

3. GEOGRAPHICAL TERRITORY

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

4. OVERSEAS TREATMENT

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

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

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

5. ALTERATIONS

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

6. CANCELLATION

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

Period Not Exceeding	Refund of Annual Premium
15 days	90% (applicable to renewal only)
1 month	80%
2 months	70%
3 months	60%
4 months	50%
5 months	40%
6 months	30%
7 months	25%
8 months	20%
9 months	15%
10 months	10%
11 months	5%
Period Exceeding 11 months	No Refund

7. CERTIFICATION, INFORMATION AND EVIDENCE

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

8. GOVERNING LAW

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

9. MISSTATEMENT OF AGE

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

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

10. CHANGE IN RISK

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

11. SUBROGATION

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

12. CONTRIBUTION

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

13. UPGRADED ROOM AND BOARD CO-PAYMENT

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

14. OWNERSHIP OF POLICY

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

15. WAITING PERIOD

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

16. RESIDENCE OVERSEAS

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

17. TAKE-OVER POLICIES

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

18. UPGRADED POLICIES

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

19. CONVERSION POLICIES

If the Eligible Benefits provided under this Policy shall have been converted from an existing coverage of an 'Inner Limits' to an 'As Charged/Full Reimbursement' coverage, and if such Insured shall have been afflicted with a Disability prior or at the time the Benefits were converted the benefits payable in respect of the Disability shall be in accordance with the Schedule of Benefits prior to the date the Eligible Benefits were converted.

20. COOLING-OFF PERIOD

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

21. PORTFOLIO WITHDRAWAL CONDITION

The Company reserves the right to cancel the portfolio as a whole if it decides to discontinue underwriting this insurance product. Cancellation of the portfolio as a whole shall be given by written notice to the policyholder at least 30 days prior to portfolio withdrawal and the Company will run off all policies to expiry of the period of cover within the portfolio.

22. CLAIM PROCEDURES**22.1. EVENTS LEADING TO CLAIMS**

- a) The Insured shall within 30 days of a Disability that incurs claimable expenses, give written notice to the Company stating full particulars of such event, including all original bills and receipts, and a full Physician's report stipulating the diagnosis of the condition treated and the date the Disability commenced in the Physician's opinion and the Physician's summary of

the cost of treatment including medicines and services rendered. Failure to furnish such notice within the time allowed shall not invalid any claim if it is shown not to have been reasonably possible to furnish such notice and that such notice was furnished as soon as was reasonably possible.

- b) The Insured shall immediately procure and act on proper medical advice and the Company shall not be held liable in the event a treatment or service becomes necessary due to failure of the Insured to do so.

22.2. INCOMPLETE CLAIMS

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

22.3. CURRENCY OF PAYMENT

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

23. CONDITION PRECEDENT TO LIABILITY

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

24. NOTICE

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

25. MISREPRESENTATION / FRAUD

If the proposal or declaration of the Insured Person is untrue in any respect or if any material fact affecting the risk be incorrectly stated herein or omitted therefrom, or if this insurance, or any renewal thereof shall have been obtained through any misstatement, misrepresentation or suppression, or if any claim made shall be fraudulent or exaggerated, or if any false declaration or statement shall be made in support thereof, then in any of these cases, this Policy shall be void.

26. LEGAL PROCEEDINGS

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

27. ARBITRATION

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

28. LIST OF PANEL HOSPITAL & CLINIC

- a) You may visit our website at :
www.rhbgroup.com > Menu > Products & Services > Insurance > General Information
or
- b) You may visit below link:
 - i) For list of Micare Panel Hospital

<http://rhbgroupp.com/uploads/files/products-and-services/personal/insurance/general-information/Micares-Panel-Hospital.pdf>

ii) For list of Micare Panel Clinic

<http://rhbgroupp.com/uploads/files/products-and-services/personal/insurance/general-information/Micares-Panel-Clinic.pdf>

CLAUSES/WARRANTY

(The following clauses/warranty are to this policy)

PWE PREMIUM WARRANTY

It is a fundamental and absolute special condition of this contract of Insurance that the premium due must be paid and received by the Company within sixty (60) days from the inception date of this policy/endorsement/renewal certificate.

If this condition is not complied with then this contract is automatically cancelled and the Company shall be entitled to the pro-rata premium for the period they have been on risk.

Where the premium payable pursuant to this warranty is received by an authorised agent of the Company, the payment shall be deemed to be received by the Company for the purposes of this warranty and the onus of proving that the premium payable was received by a person, including an insurance agent, who was not authorised to receive such premium shall lie on the Company.

Subject otherwise to the terms, exclusions and conditions of this policy.

NOTICE TO POLICYHOLDERS

Please examine the insurance Policy to ensure that it meets Your requirement.

To avoid misunderstanding, it is very important that the Policy, the Schedule and any Endorsements attached therein be read thoroughly.

If You have any complaints or grievances pertaining to Your policy, please contact Your agent, if any or get in touch with Our issuing office. We assure You that Your complaints will be attended to promptly.

For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the Bahasa Malaysia provisions of any part of the Contract, it is hereby agreed that the English version of the Contract shall prevail.

As a responsible insurer, We wish to bring Your attention that You could also address Your dissatisfaction to the Financial Markets Ombudsman Service (FMOS), formerly known as Ombudsman For Financial Services (OFS) or to Bank Negara Malaysia Customer Service Bureau (CSB) as listed below.

HOW TO LODGE A COMPLAINT?

If **You** are unhappy with any aspect of **Our** service, **We** would like to hear from **You**. **You** can make **Your** complaint in whatever form is most convenient to **You** either via a phone call to **Our** receptionist or alternatively, by writing, faxing or e-mailing **Your** complaint to:

RHB INSURANCE BERHAD CUSTOMER RELATIONSHIP CENTRE

Level 1, Tower Three, RHB Centre, Jalan Tun Razak,
50400 Kuala Lumpur

Tel: 1300 22 0007/ Fax: 603-21637277

E-mail: rhbi.general@rhbgroupp.com WhatsApp: 012-603 1978

We will seek to respond to **Your** complaint within [14] days. If **We** cannot resolve the matter within the aforesaid time frame when a matter is complex, **You** will be informed of the progress made with **Your** complaint.

It will help us to respond promptly if **You** give the following details:

- (a) **Your** name, address and contact no.
- (b) Covernote no./ Policy no./ Claim no.

If after taking these steps, **You** are still dissatisfied, **You** may write to:

THE COMPLAINTS MANAGEMENT UNIT

Financial Markets Ombudsman Service (FMOS)

(Formerly known as Ombudsman for Financial Services (OFS))

Level 14, Main Block

Menara Takaful Malaysia

No. 4, Jalan Sultan Sulaiman

50000 Kuala Lumpur

Tel: 03-2272 2811

Website: www.fmos.org.my

If the Mediator makes an award against **Us**, **You** are required to inform the Mediator of **Your** decision to accept or deny the award within fourteen (14) days.

If **You** do not accept the award, **You** may reject the decision of the Mediator. **You** are free to institute a court proceeding against **Us** or refer it to Arbitration.

Alternatively, **You** may put forward **Your** dissatisfaction over **Our** conduct by writing to CSB giving details of **Your** complaint and particulars of **Your** policy to:

BNMTELELINK

Corporate Communications Department

Bank Negara Malaysia

P.O. Box 10922

50929 Kuala Lumpur

Tel: 1300-88-5465 (LINK)

Fax: 03-2174 1515

E-mail : bnmtelelink@bnm.gov.my

HEAD OFFICE	CUSTOMER RELATIONSHIP CENTRE
Level 12, West Wing, The Icon, No.1, Jalan 1/68F, Jalan Tun Razak, 55000 Kuala Lumpur Tel : 03-2180 3000 Fax : 03-9281 2729 Website: insurance.rhbgroup.com	Level 1, Tower Three, RHB Centre, Jalan Tun Razak, 50400 Kuala Lumpur Tel : 1300-220-007 Fax : 03-2163 7277 WhatsApp: 012-6031978 Email : rhbi.general@rhbgroup.com

HOSPITAL DAN PEMBEDAHAN BERKUMPULAN

Dasar Polisi

Manfaat yang perlu dibayar di bawah sijil/polisi/produk yang layak dilindungi oleh PIDM sehingga had. Sila rujuk Risalah TIPS PIDM atau hubungi RHB Insurance Berhad atau PIDM (lawati www.pidm.gov.my). Ahli PIDM.



TABLE OF CONTENTS

POLISI INSURANS HOSPITAL DAN PEMBEDAHAN BERKUMPULAN	3
DEFINISI.....	3
BUTIRAN MANFAAT	5
PENGECUALIAN	8
PERUNTUKAN AM	8
SYARAT AM.....	9
WARANTI/KLAUSA	13
NOTIS KEPADA PEMEGANG POLISI	13
BAGAIMANA MEMBUAT ADUANT?.....	14

POLISI INSURANS HOSPITAL DAN PEMBEDAHAN BERKUMPULAN

BAHAWASANYA Orang Diinsuranskan melalui permohonan dan perakuan yang akan menjadi asas kepada kontrak ini, dan akan dianggap sebagai telah dimasukkan di dalam ini, telah memohon kepada RHB INSURANCE BERHAD (selepas ini dirujuk sebagai "Syarikat") untuk insurans yang terkandung di sini dan telah membayar atau bersetuju untuk membayar premium yang dinyatakan di dalam Jadual Polisi sebagai pertimbangan untuk insurans tersebut bagi tempoh yang dinyatakan di dalamnya.

DENGAN INI POLISI INSURANS INI MEMPERSAKSIKAN bahawa jika semasa tempoh insurans yang dinyatakan dalam Jadual yang dilampirkan bersama ini, apa-apa kesakitan, penyakit, sakit atau kecederaan akibat kemalangan memerlukan Orang Diinsuranskan dimasukkan ke Hospital untuk rawatan, Syarikat akan, tertakluk kepada terma, peruntukan, pengecualian dan syarat-syarat atau pengendorsan kepada Polisi ini, membayar kepada Orang Diinsuranskan atau wakil sah Orang Diinsuranskan jumlah atau jumlah-jumlah amaun yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat.

Tertakluk sentiasa bahawa liabiliti Syarikat tidak boleh melebihi Had Tahunan Keseluruhan seperti dinyatakan di dalam Jadual Manfaat untuk mana-mana satu tempoh insurans..

DEFINISI

BERKAITAN BUTIRAN BERKONTRAK

1. **PEMEGANG POLISI** bermaksud orang atau badan korporat yang mana Polisi telah dikeluarkan untuk melindungi orang-orang yang dinyatakan secara spesifik sebagai Orang Diinsuranskan di dalam Polisi ini.
2. **ORANG DIINSURANSKAN** bermaksud orang yang dinyatakan di dalam Jadual Polisi termasuk Tanggungan beliau (jika berkenaan)
3. **TAHUN POLISI** bermaksud tempoh satu tahun termasuk tarikh kuat kuasapermulaan Insurans dan serta-merta selepas tarikh tersebut, atau tempoh satu tahun selepas Pembaharuan atau Polisi Diperbaharui.
4. **PEMBAHARUAN ATAU POLISI DIPERBAHARUI** bermaksud Polisi yang telah diperbaharui tanpa sebarang luput masa apabila tamat Polisi terdahulu dengan kandungan yang sama
5. **POLISI** akan bermaksud perjanjian ini bersama sebarang pengendorsan di sini, ditandatangani oleh Syarikat, Jadual Polisi yang dilampirkan di sini dan borang permohonan Orang Diinsuranskan, semuanya membentuk kontrak keseluruhan di antara semua pihak-pihak.

BERKAITAN PERLINDUNGAN INSURANS

1. **KEMALANGAN** bermaksud kejadian secara tiba-tiba, tidak disengajakan, tidak dijangka, luar biasa dan yang tertentu pada masa dan tempat yang boleh dikenal pasti yang hendaklah bebas daripada sebarang sebab lain, menjadi punca utama yang menyebabkan kecederaan tubuh badan.
2. **KECEDERAAN** bermaksud kecederaan tubuh badan yang disebabkan sepenuhnya oleh Kemalangan.
3. **PENYAKIT, KEWABAKAN ATAU KESAKITAN** bermaksud keadaan fizikal yang ditandai oleh lencongan patologi berbanding keadaan kesihatan normal.
4. **HILANG UPAYA** bermaksud Penyakit, Kewabakan, Kesakitan atau keseluruhan Kecederaan yang timbul daripada satu atau beberapa siri penyebab.
5. **MANA-MANA SATU PENYAKIT** bermaksud semua tempoh penyakit yang timbul daripada sebab yang sama termasuk mana-mana dan semua komplikasinya kecuali jika Orang Diinsuranskan pulih sepenuhnya dan bebas daripada rawatan selanjutnya (termasuk dadah, ubat, diet khas atau suntikan atau nasihat tentang keadaannya) daripada hilang upaya tersebut selama sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari selepas tarikh terakhir keluar hospital dan hilang upaya berikutnya daripada sebab yang sama hendaklah dianggap seolah-olah ia adalah hilang upaya baharu.
6. **KEADAAN KONGENITAL** bermaksud sebarang keabnormalan perubatan atau fizikal yang wujud semasa lahir, serta keabnormalan fizikal neo-natal yang bermula dalam masa 6 bulan selepas dilahirkan. Ia termasuk semua jenis hernia dan epilepsi kecuali disebabkan oleh trauma yang berlaku selepas tarikh Orang Diinsuranskan dilindungi secara berterusan di bawah Polisi ini.
7. **KANAK-KANAK** bermaksud mana-mana orang yang telah berumur 30 hari dan masih bujang, merupakan tanggungan kewangan Orang Diinsuranskan dan di bawah umur 18 tahun, atau sehingga umur 23 tahun untuk mereka yang berdaftar sebagai penuntut sepenuh masa di institusi pengajian tinggi yang diiktiraf.
8. **TANGGUNGAN** bermaksud mana-mana satu orang yang berikut:
 - a) pasangan yang dikahwini secara sah
 - b) anak-anak belum berkahwin berumur melebihi 30 hari tetapi di bawah sembilan belas (19) tahun atau berumur dua puluh tiga (23) tahun yang masih menuntut sepenuh masa, dan belum bekerja.
9. **PERBELANJAAN LAYAK** bermaksud perbelanjaan yang Diperlukan Secara Perubatan ditanggung akibat Hilang Upaya dilindungi tetapi melebihi had di dalam jadual.
10. **DIPERLUKAN SECARA PERUBATAN** bermaksud khidmat perubatan yang mana:
 - a) konsisten dengan diagnosis dan rawatan perubatan lazim untuk Hilang Upaya dilindungi; dan

- b) selaras dengan standard amalan perubatan, konsisten dengan standard penjagaan perubatan profesional semasa, dan manfaat perubatan terbukti; dan
 - c) bukan untuk kemudahan Orang Diinsuranskan atau Pakar Perubatan, dan tidak dapat disediakan di luar hospital (jika dimasukkan sebagai pesakit dalam); dan
 - d) bukan berbentuk uji kaji, siasatan atau penyelidikan, berbentuk pencegahan atau saringan,
 - e) yang mana bayarannya berpatutan, munasabah dan biasa diamalkan bagi Hilang Upaya tersebut.
11. **CAJ BIASA DAN BERPATUTAN** bermaksud caj untuk penjagaan perubatan yang perlu secara perubatan yang dianggap munasabah dan biasa setakat mana ia tidak melebihi had bayaran biasa yang dibuat oleh pihak lain yang sama kedudukannya di tempat bayaran itu dikenakan, apabila memberikan rawatan, perkhidmatan atau bekalan yang serupa atau setanding bekalan kepada individu dengan jantina dan kategori umur yang sama, untuk sakit, penyakit atau kecederaan yang sama dan selaras dengan standard perubatan yang diterima dan amalan tidak boleh diabaikan tanpa menjejaskan keadaan perubatan Orang Diinsuranskan.
12. **KEADAAN SEDIA-ADA** bermaksud keadaan yang diketahui oleh Orang Diinsuranskan. Orang Diinsuranskan dianggap telah mengetahui tentang keadaan sedia ada di mana untuk keadaan tersebut: -
- a) Orang Diinsuranskan telah atau sedang menerima rawatan; atau
 - b) nasihat perubatan, diagnosis, penjagaan atau rawatan disarankan; atau
 - c) simptom yang jelas dan ketara telah atau sedang kelihatan; atau
 - d) kewujudannya jelas dan nyata pada orang biasa dalam keadaan tersebut.
13. **PENYAKIT SPESIFIK** bermaksud hilang upaya berikut dan komplikasi yang berkaitan dengannya, yang wujud di dalam masa 120 hari pertama Insurans bagi Orang Diinsuranskan:
- a) Hipertensi, diabetes mellitus dan penyakit Kardiovaskular
 - b) Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu karang di dalam sistem kencing dan sistem biliari (hempedu)
 - c) Semua keadaan telinga, hidung (termasuk sinus) dan kerongkong/tekak
 - d) Hernia, buasir, fistulae, hidrocele, varikokele
 - e) Endometriosis termasuk penyakit sistem Reproduksi
 - f) Kerosakan spinal-tulang (termasuk disk) dan keadaan lutut
14. **DIMASUKKAN KE HOSPITAL** bermaksud dimasukkan ke Hospital sebagai pesakit dalam yang berdaftar untuk rawatan Diperlukan Secara Perubatan bagi Hilang Upaya yang dilindungi apabila disyorkan oleh doktor. Pesakit tidak akan dianggap sebagai pesakit dalam jika pesakit tidak tinggal secara fizikal di hospital sepanjang tempoh dimasukkan.
15. **UNIT RAWATAN RAPI** bermaksud bahagian di dalam Hospital yang dinamakan sebagai Unit Rawatan Rapi oleh Hospital, dan yang diselenggara secara dua puluh empat (24) jam hanya untuk rawatan bagi pesakit yang berada di dalam keadaan kritikal dan dilengkapi untuk menyediakan khidmat kejururawatan dan perubatan khas yang tidak disediakan di tempat lain di Hospital.
16. **PESAKIT LUAR** bermaksud Orang Diinsuranskan sedang menerima penjagaan atau rawatan perubatan tanpa dimasukkan ke hospital dan termasuk rawatan di pusat Jagaan Harian.
17. **TEMPOH MENUNGGU** bermaksud 30 hari pertama antara bermulanya hilang upaya Orang Diinsuranskan dan bermulanya tarikh Polisi/tarikh pengembalian semula, dan diguna pakai hanya apabila orang itu dilindungi buat pertama kali. Ia tidak diguna pakai selepas tahun pertama perlindungan. Walau bagaimanapun, jika berlaku insurans terhenti, maka Tempoh Menunggu akan bermula sekali lagi.
18. **HAD TAHUNAN KESELURUHAN** bermaksud Manfaat dibayar ke atas perbelanjaan yang ditanggung untuk rawatan yang diberikan kepada Orang Diinsuranskan semasa tempoh insurans yang terhad kepada Had Tahunan Keseluruhan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat tanpa mengambilkira jenis hilang upaya. Sekiranya Had Tahunan Keseluruhan telah dibayar, semua insurans untuk Orang Diinsuranskan di sini akan dihentikan serta-merta daripada dibayar untuk baki tahun polisi.

BERKAITAN DENGAN PEMBEKAL PERUBATAN

1. **PEMBEDAHAN HARIAN**
Pesakit yang perlu menggunakan kemudahan pemulihan untuk prosedur pembedahan secara pra-rancang di klinik hospital / pakar (tetapi bukan untuk bermalam).
2. **HOSPITAL** bermaksud hanya perbadanan yang ditubuhkan dan didaftarkan sebagai hospital untuk penjagaan dan rawatan orang yang sakit dan cedera sebagai pesakit katil-berbayar; dan di mana
 - a) mempunyai kemudahan untuk diagnosis dan pembedahan utama,
 - b) menyediakan khidmat kejururawatan dua puluh empat (24) jam sehari oleh jururawat graduan berdaftar,
 - c) di bawah penyeliaan Pakar Perubatan, dan
 - d) bukan secara utamanya sebuah klinik; tempat penjagaan kustodi untuk penagih alkohol atau penagih dadah; rumah penjagaan, rehat atau pemulihan atau rumah untuk orang-orang tua atau perbadanan seumpamanya.
3. **HOSPITAL KERAJAAN MALAYSIA** bermaksud hospital yang mana caj perkhidmatannya tertakluk kepada Akta Yuran 1951, Arahan Yuran (Perubatan) 1982 dan/atau pindaan berikutnya jika ada.

4. **UBAT PRESKRIPSI** bermaksud ubat yang diberikan oleh Pakar Perubatan, Ahli Farmasi Berdaftar atau Hospital dan yang telah dipreskripsikan oleh Pakar Perubatan atau Pakar bagi rawatan Hilang Upaya yang dilindungi.
5. **DOKTOR** atau **PAKAR PERUBATAN** atau **PAKAR BEDAH** bermaksud pengamal perubatan layak berdaftar dan berlesen untuk mengamalkan perubatan barat dan yang mana, sewaktu menjalankan rawatan, mengamalkan apa yang dibenarkan menurut skop lesen dan latihan beliau di kawasan geografi amalan, tetapi tidak termasuk doktor, pakar perubatan atau pakar bedah yang merupakan orang yang diinsuranskan itu sendiri.
6. **DOKTOR GIGI** bermaksud orang yang dilesenkan atau didaftarkan untuk menjalankan amalan pergigian di kawasan geografi di mana sesuatu perkhidmatan tersebut disediakan, tetapi tidak termasuk pakar perubatan atau pakar bedah yang merupakan orang yang diinsuranskan itu sendiri
7. **PAKAR** bermaksud pengamal perubatan atau pergigian berdaftar dan berlesen di kawasan geografi amalan di mana rawatan dijalankan dan yang diklasifikasikan oleh pihak berkuasa kesihatan yang berkenaan sebagai seseorang yang mempunyai kepakaran tinggi dan khusus, pakar dalam bidang-bidang spesifik perubatan atau pergigian tertentu tetapi tidak termasuk pakar perubatan atau pakar bedah yang merupakan orang yang diinsuranskan itu sendiri.
8. **PEMBEDAHAAN** bermaksud salah satu prosedur perubatan berikut:
 - a) Untuk melakukan insisi, eksisi atau elektrokauteri mana-mana organ atau bahagian tubuh, kecuali untuk perkhidmatan pergigian
 - b) Untuk membaiki, mengubah atau membina-semula mana-mana organ atau bahagian tubuh.
 - c) Untuk mengurangkan melalui manipulasi sesuatu fraktur atau dislokasi
 - d) Penggunaan endoskopi untuk membuang batu atau objek dari larinks, brokus, trakea, esofagus, perut, usus, pundi kencing atau uretra

BUTIRAN MANFAAT

1. BILIK DAN PENGINAPAN HOSPITAL

Pembayaran balik Caj Biasa dan Berpatutan Yang Diperlukan Secara Perubatan untuk bilik penginapan dan makanan. Jumlah manfaat adalah bersamaan dengan caj sebenar yang dikenakan oleh Hospital semasa Orang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital, dan manfaat ini tidak boleh, walau untuk satu hari, melebihi kadar Manfaat Bilik dan Penginapan, dan jumlah hari maksimum yang ditetapkan di dalam Jadual Manfaat. Orang Diinsuranskan hanya berhak mendapat manfaat ini semasa dimasukkan ke hospital sebagai pesakit-dalam.

2. UNIT RAWATAN RAPI

Pembayaran balik Caj Biasa dan Berpatutan Yang Diperlukan Secara Perubatan untuk bilik dan penginapan sebenar semasa dimasukkan sebagai pesakit-dalam di Unit Rawatan Rapi Hospital. Manfaat ini akan dibayar bersamaan dengan caj sebenar yang dibuat oleh Hospital tertakluk kepada manfaat maksimum untuk mana-mana satu hari, dan jumlah maksimum hari, sebagaimana ditetapkan di dalam Jadual Manfaat. Sekiranya tempoh dimasukkan ke Unit Rawatan Rapi melebihi had maksimum yang ditetapkan di dalam Jadual Manfaat, pembayaran balik adalah terhad kepada kadar standard Bilik dan Penginapan Hospital Harian.

Tiada Manfaat Bilik dan Penginapan Hospital akan dibayar untuk tempoh kemasukan yang sama di mana Manfaat Harian Unit Rawatan Rapi telah dibayar.

3. YURAN PEMBEDAHAN

Pembayaran balik Caj Biasa dan Berpatutan Yang Diperlukan Secara Perubatan untuk pembedahan oleh Pakar, termasuk lawatan penilaian pra-pembedahan oleh Pakar kepada Orang Diinsuranskan dan penjagaan pasca-pembedahan sehingga jumlah hari maksimum bermula dari tarikh pembedahan, tetapi tertakluk kepada jumlah maksimum yang ditetapkan di dalam Jadual Manfaat. Jika lebih dari satu pembedahan dijalankan untuk Mana-mana Satu Penyakit, jumlah bayaran untuk semua pembedahan yang dijalankan tidak boleh melebihi had maksimum yang ditetapkan di dalam Jadual Manfaat.

4. YURAN PAKAR ANESTESIA

Pembayaran balik Caj Biasa dan Berpatutan oleh Pakar Anestesia untuk pelaksanaan anestesia Yang Diperlukan Secara Perubatan tidak melebihi had yang ditetapkan di dalam Jadual Manfaat.

5. DEWAN BEDAH

Pembayaran balik Caj Biasa dan Berpatutan Bilik Bedah yang berkaitan dengan prosedur pembedahan.

6. PERKHIDMATAN DAN BEKALAN HOSPITAL

Pembayaran balik Caj Biasa dan Berpatutan Yang Diperlukan Secara Perubatan yang dikenakan sebenarnya untuk kejururawatan, ubat-ubatan dan dadah yang dipreskripsikan dan digunakan, balutan, penganduh, kas plaster, sinar-x, pemeriksaan makmal, elektrokardiogram, fisioterapi, ujian metabolisme asas, suntikan dan cairan intravena, pelaksanaan transfusi darah dan plasma darah tetapi tidak termasuk kos darah dan plasma semasa Orang Diinsuranskan dimasukkan sebagai pesakit-dalam di Hospital, sehingga jumlah yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat.

7. LAWATAN DOKTOR PERUBATAN DALAM-HOSPITAL

Pembayaran balik Caj Biasa dan Berpatutan oleh Doktor Perubatan untuk melawat pesakit-dalam berbayar yang Diperlukan Secara Perubatan semasa dimasukkan ke hospital untuk penyakit tanpa-pembedahan, tertakluk kepada maksimum 1 lawatan sehari tidak melebihi jumlah hari maksimum yang ditetapkan di dalam Jadual Manfaat.

8. PERKHIDMATAN DIAGNOSTIK PRA-HOSPITAL

Pembayaran balik Caj Biasa dan Berpatutan Yang Diperlukan Secara Perubatan untuk ECG, sinar-X dan ujian makmal yang dilakukan untuk tujuan diagnostik semasa berlaku kecederaan atau penyakit yang berkaitan dengan Penyakit sebelum kemasukan ke hospital tidak melebihi jumlah hari dan had maksimum yang ditetapkan di dalam Jadual Manfaat di Hospital dan telah disarankan oleh pengamal perubatan yang layak. Tiada bayaran akan dibuat jika selepas perkhidmatan diagnostik dibuat, Orang Diinsuranskan tidak dimasukkan ke hospital untuk merawat keadaan perubatan yang telah didiagnos. Ubat-ubatan dan konsultasi yang dicaj oleh pengamal perubatan tidak akan dibayar.

9. KONSULTASI PAKAR PRA-HOSPITAL

Pembayaran balik Caj Biasa dan Berpatutan untuk konsultasi kali pertama oleh Pakar mengenai Penyakit tidak melebihi jumlah hari maksimum yang ditetapkan di dalam Jadual Manfaat sebelum dimasukkan ke Hospital dan tertakluk bahawa konsultasi tersebut adalah Diperlukan Secara Perubatan dan telah disarankan secara bertulis oleh pengamal perubatan am yang merawat.

Bayaran tidak akan dibuat untuk rawatan klinikal (termasuk ubat-ubatan dan konsultasi susulan selepas Penyakit didiagnos) atau di mana Orang Diinsuranskan tidak dimasukkan ke hospital untuk merawat keadaan perubatan yang telah didiagnos.

10. RAWATAN PESAKIT LUAR KECEMASAN AKIBAT KEMALANGAN

Pembayaran balik Caj Biasa dan Berpatutan yang ditanggung akibat kecederaan tubuh badan yang dilindungi akibat Kemalangan untuk rawatan yang Diperlukan Secara Perubatan sebagai pesakit luar di mana-mana klinik berdaftar atau hospital dalam masa 24 jam selepas Kemalangan yang menyebabkan Kecederaan tubuh badan yang dilindungi, sehingga jumlah maksimum yang ditetapkan di dalam Jadual Manfaat. Rawatan susulan oleh doktor yang sama atau klinik atau Hospital berdaftar yang sama untuk kecederaan tubuh badan yang dilindungi yang sama akan disediakan tidak melebihi had dan jumlah hari maksimum yang ditetapkan di dalam Jadual Manfaat.

11. RAWATAN PASCA-HOSPITAL

Pembayaran balik Caj Biasa dan Berpatutan yang ditanggung untuk rawatan susulan oleh Doktor Perubatan sama yang Diperlukan Secara Perubatan, tidak melebihi jumlah hari dan had maksimum yang ditetapkan di dalam Jadual Manfaat serta-merta selepas dibenarkan pulang dari Hospital untuk Penyakit bukan-pembedahan. Ia termasuk ubat-ubatan yang dipreskripsi semasa rawatan susulan tetapi tidak boleh melebihi bekalan yang diperlukan untuk jumlah hari maksimum sebagaimana ditetapkan di dalam Jadual Manfaat.

12. YURAN AMBULANS

Pembayaran balik Caj Biasa dan Berpatutan yang ditanggung untuk perkhidmatan ambulans domestik yang diperlukan (termasuk atendan) ke dan/atau dari Hospital yang dimasukkan. Bayaran tidak akan dibuat jika Orang Diinsuranskan tidak dimasukkan ke hospital dan tertakluk kepada had yang ditetapkan di dalam Jadual Manfaat.

13. ELAUN PENDAPATAN HARIAN DI HOSPITAL KERAJAAN

Bayaran elaun harian untuk setiap hari sewaktu dimasukkan ke Hospital Kerajaan Malaysia akibat Penyakit yang dilindungi, tertakluk bahawa Orang Diinsuranskan telah dicaj dengan kadar Bilik dan Penginapan yang tidak melebihi had maksimum yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat. Tiada bayaran akan dibuat jika Orang Diinsuranskan dipindahkan dari atau ke mana-mana hospital swasta dan Hospital Kerajaan Malaysia untuk penyakit yang dialami.

14. RAWATAN FISIOTERAPI PESAKIT LUAR

Pembayaran balik Caj Biasa dan Berpatutan yang ditanggung untuk rawatan fisioterapi yang dirujuk secara bertulis oleh Doktor Pakar Perubatan berlesen selepas Pembedahan atau rawatan dalam-Hospital, dalam masa sembilan puluh (90) selepas dibenarkan pulang dari Hospital untuk Mana-mana Satu Penyakit.

Bagaimanapun, tiada bayaran akan dibuat untuk ubat/rawatan dan konsultasi seterusnya dengan Pakar Perubatan yang sama.

15. RAWATAN KANSER PESAKIT-LUAR TAHUNAN

Jika Orang Diinsuranskan didiagnos mengidap Kanser yang dinyatakan di bawah, Syarikat akan membayar balik Caj Biasa dan Berpatutan yang ditanggung untuk rawatan kanser yang Diperlukan Secara Perubatan yang dilakukan di pusat rawatan kanser berdaftar secara sah, tertakluk kepada had hilang upaya ini sebagaimana ditetapkan di dalam Jadual Manfaat.

Rawatan tersebut (radioterapi atau kemoterapi tidak termasuk konsultasi, ujian pemeriksaan, dadah ubat-ubatan dibawa-pulang) hendaklah diterima di jabatan pesakit luar Hospital atau pusat rawatan kanser berdaftar serta-merta selepas dibenarkan pulang dari dimasukkan ke Hospital atau pembedahan.

Kanser ditakrifkan sebagai ketumbuhan tidak terkawal dan perebakan sel-sel malignan serta serangan dan pemusnahan tisu-tisu normal di mana rawatan pencegahan atau pembedahan utama (kecuali prosedur endoskopik sahaja) dianggap perlu. Kanser ini mesti disahkan oleh bukti histologi malignan. Keadaan berikut adalah dikecualikan.

- (a) Karsinoma in situ termasuk serviks;
- (b) Karsinoma Duktal payu dara in situ;
- (c) Karsinoma Papilari pundi kencing & Kanser Prostat tahap 1;
- (d) Semua kanser kulit kecuali melanoma malignan;
- (e) Penyakit Hodgkin Tahap 1;
- (f) Tumor terhasil akibat komplikasi AIDS

Ia adalah syarat khusus Manfaat ini iaitu tanpa mengambilkira pengecualian keadaan sedia-ada, Manfaat ini tidak akan dibayar kepada mana-mana Orang Diinsuranskan yang telah didiagnos sebagai pesakit kanser dan/atau sedang menerima rawatan kanser sebelum tarikh kuat kuasa perlindungan.

16. RAWATAN DIALISIS BUAH PINGGANG PESAKIT-LUAR TAHUNAN

Jika Orang Diinsuranskan didiagnos dengan Kegagalan Buah Pinggang yang dinyatakan di bawah, Syarikat akan membayar balik Caj Biasa dan Berpatutan yang ditanggung untuk rawatan dialisis buah pinggang yang Diperlukan Secara Perubatan yang dilakukan di pusat dialisis berdaftar secara sah, tertakluk kepada had hilang upaya ini sebagaimana ditetapkan di dalam Jadual Manfaat. Rawatan tersebut (dialisis tidak termasuk konsultasi, ujian pemeriksaan, dadah ubat-ubatan dibawa-pulang) hendaklah diterima di jabatan pesakit luar Hospital atau pusat dialisis berdaftar serta-merta selepas dibenarkan pulang dari dimasukkan ke Hospital atau pembedahan.

Kegagalan Buah Pinggang bermaksud kegagalan buah pinggang peringkat akhir yang wujud sebagai kegagalan kronik tidak boleh dipulihkan untuk kedua-dua buah pinggang berfungsi dan mengakibatkan dialisis buah pinggang perlu dilakukan.

Ia adalah syarat khusus Manfaat ini iaitu tanpa mengambilkira pengecualian keadaan sedia-ada, Manfaat ini tidak akan dibayar kepada mana-mana Orang Diinsuranskan yang telah mengidap hilang upaya buah pinggang kronik dan/atau sedang menerima rawatan dialisis sebelum tarikh kuatkuasa perlindungan.

17. PEMINDAHAN ORGAN

Pembayaran balik Caj Biasa dan Berpatutan yang ditanggung untuk pembedahan pemindahan di mana Orang Diinsuranskan adalah penerima pemindahan buah pinggang, jantung, paru-paru, hati atau sum-sum tulang. Bayaran untuk Manfaat ini sah untuk hanya sekali sahaja sepanjang hayat sewaktu polisi berkuatkuasa dan akan tertakluk kepada had yang ditetapkan di dalam Jadual Manfaat. Kos pemerolehan organ dan semua kos yang ditanggung oleh penderma tidak dilindungi.

18. MANFAAT PENJAGA HARIAN ANAK DIINSURANSKAN

Pembayaran balik (sehingga had yang ditetapkan di dalam Jadual Manfaat) perbelanjaan makanan dan penginapan yang ditanggung untuk menemani Anak Diinsuranskan (berumur di bawah lima belas (15) tahun) di dalam hospital sehingga jumlah hari maksimum yang ditetapkan di dalam Jadual Manfaat.

19. CUKAI PERKHIDMATAN KERAJAAN

Pembayaran balik Cukai Perkhidmatan Kerajaan 6% ke atas caj sebenar Bilik dan Penginapan tertakluk kepada had manfaat harian maksimum sebagaimana dinyatakan di dalam Jadual Manfaat.

20. YURAN LAPORAN PERUBATAN

Pembayaran balik Caj Biasa dan Berpatutan untuk melengkapkan Laporan Perubatan oleh Doktor atau Pakar Bedah yang merawat tidak melebihi had maksimum sebagaimana dinyatakan di dalam Jadual Manfaat.

PENGECUALIAN

Kontrak ini tidak melindungi sebarang kemasukan ke hospital, pembedahan atau caj yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung, sepenuhnya atau sebahagiannya, oleh mana-mana satu (1) perkara berikut:

1. Penyakit sedia-ada.
2. Penyakit Spesifik berlaku dalam tempoh 120 hari pertama perlindungan berterusan.
3. Sebarang keadaan perubatan atau fizikal yang berlaku dalam tempoh 30 hari pertama perlindungan Orang Diinsuranskan atau tarikh pengembalian semula yang mana lebih awal kecuali untuk kecederaan akibat kemalangan.
4. Pembedahan Plastik/Kosmetik, berkhatan, pemeriksaan mata, kanta dan refraksi atau pembedahan pembetulan rabun jauh (Keratotomy 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.
5. Keadaan pergigian termasuk rawatan pergigian atau pembedahan mulut kecuali yang perlu disebabkan oleh Kecederaan Akibat Kemalangan pada gigi asal elok yang berlaku sepenuhnya semasa Tempoh Insurans.
6. Penjagaan persendirian, rawatan kerehatan atau penjagaan sanitaria, 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.
7. Sebarang rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk keadaan yang diwarisi.
8. Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, menggugurkan dan penjagaan dan pembedahan sebelum melahirkan atau selepas melahirkan, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia, atau rawatan berkaitan ketidaksuburan. Disfungsi erektile dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pemandulan.
9. Dimasukkan ke hospital untuk tujuan siasatan, diagnosis, pemeriksaan sinaran-x, pemeriksaan perubatan atau fizikal am, tidak berkaitan dengan rawatan atau diagnosis Penyakit yang dilindungi atau sebarang rawatan yang tidak Diperlukan Secara Perubatan dan sebarang rawatan pencegahan, ubat-ubatan pencegahan atau pemeriksaan yang dibuat oleh Doktor Perubatan, dan rawatan khusus untuk pengurangan atau penambahan berat badan.
10. Bunuh diri, percubaan membunuh diri atau mencederakan diri sendiri dengan sengaja, semasa siuman atau tidak siuman.
11. Perang atau sebarang bentuk peperangan, diisytiharkan atau tidak, aktiviti jenayah atau penganas, perkhidmatan aktif di dalam mana-mana angkatan tentera, penglibatan langsung di dalam mogok, rusuhan dan kekecohan awam atau rampasan kuasa.
12. Radiasi terion atau pencemaran oleh radioaktif dari sebarang bahanapi nuklear atau sisa nuklear dari proses belahan nuklear atau dari sebarang bahan senjata nuklear.
13. Perbelanjaan ditanggung akibat pendermaan sebarang organ tubuh oleh Orang Diinsuranskan dan kos pemerolehan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma semasa pemindahan organ dan komplikasinya.
14. Siasatan dan rawatan untuk gangguan tidur dan dengkur, terapi penggantian hormon dan terapi alternatif seperti rawatan, khidmat perubatan atau bekalan, termasuk tetapi tidak terhad kepada khidmat chiropraktik, akupunktur, akutekanan, refleksologi, pembetulan tulang, rawatan ahli herba, urutan atau terapi aroma, atau rawatan alternatif lain.
15. Penjagaan atau rawatan di mana bayaran tidak diperlukan atau ianya telah dibayar oleh penginsurans lain atau gantirugi melindungi Orang Diinsuranskan dan Penyakit akibat tugas atau pekerjaan telah dilindungi di bawah Kontrak Insurans Pampasan Pekerja.
16. Psikotik, gangguan mental atau jiwa (termasuk sebarang kemurungan dan manifestasi fisiologi atau psikosomatik daripadanya).
17. Kos dan Perbelanjaan untuk perkhidmatan bukan berbentuk perubatan seperti televisyen, telefon, perkhidmatan teleks, radio atau kemudahan seumpamanya, kit/pek kemasukan dan lain-lain barangan bukan perubatan yang tidak dilayakkan.
18. Penyakit atau Kecederaan akibat sebarang perlumbaan (kecuali perlumbaan menggunakan kaki), sukan merbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjunan udara, luncur air, aktiviti bawah air yang memerlukan peralatan pernafasan, sukan musim sejuk, sukan profesional dan aktiviti yang menyalahi undang-undang.
19. Penerbangan persendirian selain daripada sebagai penumpang berbayar di dalam sebarang syarikat penerbangan berjadual komersil yang dilesenkan untuk membawa penumpang mengikut laluan yang ditetapkan.
20. Perbelanjaan yang ditanggung untuk pertukaran jantina

PERUNTUKAN AM

1. ORANG YANG LAYAK

- a) **Kakitangan** – Orang yang Layak untuk insurans di bawah Polisi adalah pekerja Orang Diinsuranskan yang bekerja sepenuh masa sekarang dan akan datang dan terlibat secara aktif melakukan kerja biasa mereka pada tarikh yang orang tersebut layak untuk menyertai Polisi.

- b) **Kakitangan Semasa** layak menyertai insurans pada tarikh mula Polisi. Kakitangan akan datang layak menyertai insurans mengikut tarikh yang dinyatakan di dalam borang permohonan.
- c) **Kakitangan Tidak Terlibat Secara Aktif** - Jika kakitangan tidak terlibat secara aktif melakukan kerja biasa mereka pada tarikh beliau sepatutnya layak selaras dengan syarat di atas, tarikh kelayakan beliau akan ditangguhkan kepada (151) hari pertama bulan serta-merta selepas beliau kembali aktif bekerja sepenuh masa.

2. TANGGUNGAN

Tanggungan kakitangan juga layak untuk insurans selaras dengan syarat yang dinyatakan di dalam borang permohonan untuk jumlah manfaat yang sama seperti kakitangan pada hari yang sama kakitangan tersebut menjadi layak. Jika tanggungan dilumpuhkan oleh penyakit atau kecederaan pada tarikh beliau sepatutnya layak, tarikh kelayakan beliau akan ditunda ke tarikh selepas beliau pulih sepenuhnya daripada penyakit.

3. TARIKH KUAT KUASA INSURANS INDIVIDU

- a) **Kakitangan** - Insurans setiap kakitangan layak semasa dan akan datang akan berkuat kuasa pada tarikh kelayakan kakitangan dengan syarat kakitangan tersebut memohon untuk mendaftar untuk insurans dengan melengkapkan dan mengembalikan borang pendaftaran yang disediakan oleh Syarikat dalam tempoh tiga puluh (30) hari dari tarikh kelayakan beliau. Jika tidak, insurans kakitangan itu hendaklah berkuat kuasa pada tarikh yang akan ditetapkan oleh Syarikat selepas kakitangan tersebut telah menyerahkan borang pendaftaran dan menyerahkan bukti perubatan boleh diinsuranskan yang memuaskan yang diperlukan oleh Syarikat tanpa sebarang perbelanjaan kepada Syarikat.
- b) **Tanggungan** - Insurans tanggungan akan berkuat kuasa pada tarikh kelayakan tanggungan, dengan syarat kakitangan yang diinsuranskan memohon untuk mendaftarkan tanggungan dalam masa tiga puluh (30) hari dari tarikh kelayakan tanggungan. Jika tidak, insurans orang tanggungan itu hendaklah berkuat kuasa pada tarikh yang akan ditetapkan oleh Syarikat selepas Tanggungan dengan perbelanjaan sendiri, menyerahkan bukti perubatan boleh diinsuranskan yang memuaskan yang kepada Syarikat.

SYARAT AM

1. MAKSUD

Polisi dan Jadual ini hendaklah dibaca bersama sebagai satu kontrak dan mana-mana perkataan atau ekspresi yang mana maksud spesifik telah ditakrifkan di dalam mana-mana bahagian Polisi ini atau di dalam Jadual akan membawa maksud spesifik yang sama di mana sahaja ia tertera.

2. TEMPOH PERLINDUNGAN DAN PEMBAHARUAN

Polisi ini akan berkuat kuasa seperti pada tarikh yang dinyatakan di dalam jadual polisi. Ulang Tahun Polisi adalah satu tahun selepas tarikh kuat kuasa insurans dan secara tahunan selepas itu. Pada setiap ulang tahun tersebut, Polisi ini diperbaharui pada kadar premium yang berkuat kuasa pada masa tersebut sebagaimana dimaklumkan oleh Syarikat dan Syarikat akan memaklumkan secara bertulis sekurang-kurangnya 30 hari sebelum perubahan dikuat kuasakan.

Polisi ini boleh diperbaharui mengikut opsyen Syarikat. Permohonan untuk mengubah manfaat kepada plan lebih tinggi hanya boleh dilakukan semasa pembaharuan dan tertakluk kepada penerimaan Syarikat semasa pembaharuan.

3. WILAYAH GEOGRAFI

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

4. RAWATAN LUAR NEGARA

Jika Orang Diinsuranskan mendapatkan rawatan di luar negara, manfaat bagi rawatan itu hendaklah dilindungi, tertakluk kepada pengecualian, had dan syarat yang dinyatakan dalam Polisi ini dan semua manfaat akan dibayar berdasarkan kadar pertukaran rasmi pada hari terakhir Tempoh Kemasukan dan tidak termasuk kos pengangkutan ke tempat rawatan, dengan syarat;

- a) Orang Diinsuranskan melancong ke luar negara atas sebab selain daripada untuk rawatan perubatan, perlu dimasukkan ke Hospital di luar Malaysia akibat Kecemasan Perubatan
- b) Atas saranan Pakar Perubatan, Orang Diinsuranskan perlu dipindahkan ke Hospital di luar Malaysia untuk mendapatkan rawatan, bantuan, maklumat atau keputusan spesifik yang diperlukan yang tidak boleh diberikan atau disediakan atau diambil di Malaysia.

Rawatan di luar negara untuk penyakit, sakit atau kecederaan yang didiagnosis di Malaysia dan keadaan bukan kecemasan atau kronik di mana rawatan boleh ditunda sehingga kembali ke Malaysia dikecualikan.

5. PINDAAN

Syarikat mempunyai hak untuk meminda terma dan peruntukan Polisi ini dengan memberi notis awal 30 hari secara bertulis melalui pos biasa ke alamat terakhir pemilik dalam rekod Syarikat, dan pindaan tersebut akan berkuat kuasa dari tarikh pembaharuan Polisi seterusnya. Pindaan kepada Polisi ini tidak sah kecuali jika Dibenarkan oleh Syarikat dan kelulusan itu diendoskan kepadanya. Penginsurans dikehendaki memberi notis awal 30 hari secara bertulis kepada pemegang polisi yang dihantar ke alamat terakhir yang direkodkan mengenai sebarang pindaan yang dilakukan.

6. PEMBATALAN

Polisi ini boleh dibatalkan oleh Pemegang Polisi pada bila-bila masa dengan memberi notis bertulis kepada Syarikat; dan dengan syarat tiada tuntutan telah dibuat dalam tahun polisi semasa, Pemegang Polisi layak mendapat pengembalian premium seperti berikut:

Tempoh Tidak Melebihi	Pemulangan Semula 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

7. PENGESAHAN, MAKLUMAT DAN BUKTI

Semua sijil, maklumat, laporan perubahan dan bukti yang mungkin diperlukan oleh Syarikat hendaklah diserahkan dengan perbelanjaan Orang Diinsuranskan, dan dalam bentuk yang mungkin ditetapkan oleh Syarikat. Semua notis yang diperlukan daripada Orang Diinsuranskan mestilah dibuat secara bertulis dan dialamatkan kepada Syarikat. Orang Diinsuranskan akan, apabila diminta dan perbelanjaan ditanggung oleh Syarikat, melakukan pemeriksaan perubahan apabila dianggap perlu.

8. UNDANG-UNDANG KAWAL SELIA

Polisi ini dikeluarkan di bawah undang-undang Malaysia dan ia tertakluk dan dikawal selia oleh undang-undang yang berkuat kuasa di Malaysia.

9. KESILAPAN PERNYATAAN UMUR

Jika umur Orang Diinsuranskan telah silap dinyatakan dan premium dibayar telah menjadi tidak mencukupi, sebarang tuntutan yang perlu dibayar di bawah Polisi ini akan dikira secara pro-rata berdasarkan nisbah premium sebenar dibayar kepada premium yang seharusnya dibayar untuk tahun tersebut. Sebarang lebihan premium yang mungkin telah dibayar berdasarkan silap nyata umur tersebut, akan dikembalikan tanpa faedah.

Jika berdasarkan umur sebenar Orang Diinsuranskan tidak layak untuk mendapatkan perlindungan di bawah Polisi ini, tiada manfaat akan dibayar.

10. PERUBAHAN DALAM RISIKO

Orang Diinsuranskan dikehendaki memberi notis bertulis serta-merta kepada Syarikat mengenai sebarang perubahan ketara dalam pekerjaan, perniagaan, tanggungjawab atau hobi beliau dan membayar sebarang premium tambahan yang mungkin diperlukan oleh Syarikat.

11. SUBROGASI

Jika Syarikat dipertanggungjawabkan untuk sebarang bayaran di bawah Polisi ini, Syarikat akan mengsubrogasikan bayaran tersebut untuk semua hak dan remedi Orang Diinsuranskan terhadap mana-mana pihak dan akan berhak, atas perbelanjaan sendiri, untuk

mengemukakan saman atas nama Orang Diinsuranskan. Orang Diinsuranskan akan memberi atau diminta untuk memberi semua bantuan yang diperlukan kepada Syarikat untuk membolehkan Syarikat mendapatkan hak dan remedi dan atas permintaan Syarikat, akan menyerahkan atau diminta untuk menyerahkan semua dokumen yang diperlukan untuk membolehkan Syarikat melakukan saman tersebut atas nama Orang Diinsuranskan.

12. SUMBANGAN

Jika Orang Diinsuranskan mempunyai insurans lain yang melindungi sebarang penyakit atau kecederaan yang diinsuranskan oleh Polisi ini, Syarikat tidak akan bertanggungjawab ke atas kadar yang lebih besar untuk penyakit atau kecederaan itu daripada jumlah berkenaan yang ditanggung di bawah Polisi ini berbanding jumlah kesemua insurans sah yang melindungi penyakit atau kecederaan tersebut.

13. BAYARAN-BERSAMA UNTUK NAIK TARAF BILIK DAN PENGINAPAN

Jika Orang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital pada kadar Bilik & Penginapan yang lebih tinggi daripada manfaat layak beliau, Orang Diinsuranskan perlu menanggung 20% daripada manfaat layak lain yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

14. PEMILIKAN POLISI

Kecuali dinyatakan sebaliknya melalui Pengendorsan di dalam Polisi, Syarikat berhak untuk menganggap Pemegang Polisi sebagai pemilik mutlak Polisi. Syarikat tidak terikat untuk mengiktiraf mana-mana ekuiti atau tuntutan lain ke atas atau berkepentingan di dalam Polisi, dan penerimaan Polisi atau Manfaat oleh Pemegang Polisi (atau oleh wakil peribadi sah beliau atau wakil dibenarkan) sahaja yang akan berkuat kuasa untuk menamatkan semua tanggungjawab dan liabiliti Syarikat. Pemegang Polisi dianggap sebagai Prinsipal atau Ejen bertanggungjawab kepada Orang Diinsuranskan yang dilindungi di bawah Polisi ini.

15. TEMPOH MENUNGGU

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

16. KEDIAMAN LUAR NEGARA

Tiada manfaat akan dibayar bagi sebarang rawatan perubatan yang diterima oleh Orang Diinsuranskan di luar Malaysia, jika Orang Diinsuranskan menetap atau berada di luar Malaysia lebih daripada sembilan puluh (90) hari berturut-turut.

17. PENGAMBILALIHAN POLISI

Jika Polisi ini bermula sebaik sahaja selepas penamatan polisi terdahulu dan jika Orang Diinsuranskan telah ditimpa hilang upaya perubatan sebelum atau pada masa polisi ini bermula (dan manfaat di bawah polisi yang terdahulu akan menjadi yang boleh digunakan olehnya), maka Orang Diinsuranskan akan terus dilindungi bagi hilang upaya yang sedia ada, tetapi tidak melebihi had polisi terdahulu dengan syarat Syarikat telah memperolehi satu salinan polisi terdahulu.

18. NAIK TARAF POLISI

Jika Manfaat Layak untuk mana-mana Orang Diinsuranskan di bawah terma-terma Polisi ini telah dinaikkan semasa ia sedang berkuat kuasa atau pada masa Pembaharuan atau penggantian dan jika Orang Diinsuranskan telah ditimpa Hilang Upaya sebelum atau pada masa Manfaat telah dinaikkan, Had Manfaat yang perlu dibayar bagi Hilang Upaya itu tidak boleh melebihi Had Manfaat sebelum tarikh Manfaat telah dinaik taraf.

19. TUKARAN POLISI

Jika Manfaat Layak yang diperuntukkan di bawah Polisi ini telah ditukar daripada perlindungan sedia ada 'Had Dalam' kepada perlindungan 'Mengikut Bayaran/Pembayaran Balik Penuh', dan jika Orang Diinsuranskan telah ditimpa Hilang Upaya sebelum atau pada masa Manfaat telah ditukar, manfaat yang perlu dibayar bagi Hilang Upaya tersebut mestilah selaras dengan Jadual Manfaat sebelum tarikh Manfaat Layak telah ditukar.

20. TEMPOH BERTENANG

Jika Polisi ini telah dikeluarkan dan atas apa jua sebab Orang Diinsuranskan memutuskan untuk tidak mengambil Polisi, Orang Diinsuranskan boleh mengembalikan Polisi kepada Syarikat untuk pembatalan dengan syarat permohonan untuk pembatalan telah diserahkan oleh Orang Diinsuranskan kepada Syarikat dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh serahan Polisi. Orang

Diinsuranskan berhak menerima pulangan penuh premium yang telah dibayar ditolak perbelanjaan perubatan yang ditanggung oleh Syarikat untuk mengeluarkan Polisi.

21. SYARAT PENGELUARAN PORTFOLIO

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

Pembatalan portfolio secara keseluruhan mestilah dimaklumkan melalui notis bertulis kepada pemegang polisi sekurang-kurangnya 30 hari sebelum penarikan balik portfolio dan Syarikat akan menghentikan semua polisi sehingga ke tarikh tamat tempoh perlindungan dalam portfolio.

22. PROSEDUR TUNTUTAN

22.1. KEJADIAN YANG MENYEBABKAN TUNTUTAN

- a) Orang Diinsuranskan dikehendaki memberi notis bertulis kepada Syarikat dalam masa 30 hari Hilang Upaya yang melibatkan perbelanjaan boleh tuntutan, dengan menyatakan butiran lengkap kejadian termasuk semua bil dan resit asal, dan laporan lengkap Pakar Perubatan yang menyatakan diagnosis keadaan yang dirawat dan tarikh Hilang Upaya bermula berdasarkan pendapat Pakar Perubatan dan ringkasan kos rawatan Pakar Perubatan termasuk ubat-ubatan dan perkhidmatan yang diberikan. Kegagalan untuk memberikan notis tersebut dalam tempoh yang dibenarkan tidak boleh membatalkan sebarang tuntutan jika ia dapat membuktikan bahawa adalah tidak munasabah untuk memberikan notis dan notis telah diberikan secepat mungkin.
- b) Orang Diinsuranskan hendaklah mendapatkan dan bertindak mengikut nasihat perubatan yang sewajarnya dan Syarikat tidak akan bertanggungjawab jika rawatan atau perkhidmatan menjadi diperlukan akibat kegagalan Orang Diinsuranskan berbuat demikian.

22.2. TUNTUTAN TIDAK LENGKAP

Semua tuntutan hendaklah dikemukakan kepada Syarikat dalam masa 30 hari selepas berlaku kejadian yang menyebabkan tuntutan dibuat. Tuntutan tidak dianggap lengkap dan manfaat layak tidak akan dibayar melainkan semua bil-bil tuntutan telah diserahkan dan dipersetujui oleh Syarikat. Hanya kos sebenar yang ditanggung akan dipertimbangkan untuk pembayaran balik. Sebarang perbezaan atau penepian untuk perkara adalah di atas budi bicara Syarikat.

22.3. MATAWANG BAYARAN

Pematuhan dan memenuhi terma-terma, peruntukan dan syarat-syarat Polisi ini oleh Orang Diinsuranskan setakat yang berkaitan dengan apa-apa yang perlu dilakukan atau dipatuhi oleh Orang Diinsuranskan akan menjadi syarat terdahulu kepada sebarang liabiliti Syarikat.

23. SYARAT TERDAHULU KEPADA LIABILITI

Pematuhan dan memenuhi terma-terma, peruntukan dan syarat-syarat Polisi ini oleh Orang Diinsuranskan setakat yang berkaitan dengan apa-apa yang perlu dilakukan atau dipatuhi oleh Orang Diinsuranskan akan menjadi syarat terdahulu kepada sebarang liabiliti Syarikat.

24. NOTIS

Setiap notis atau komunikasi kepada Syarikat hendaklah secara bertulis dan dihantar ke Syarikat. Sebarang pindaan terma Polisi ini atau pengendorsan kepadanya, tidak sah kecuali ia ditandatangani atau diparap oleh wakil dibenarkan Syarikat.

25. SALAH NYATAAN/ PENIPUAN

Jika cadangan atau perakuan Orang Diinsuranskan didapati tidak benar dalam sebarang bentuk atau jika fakta penting yang mempengaruhi risiko tidak dinyatakan dengan betul di dalamnya atau dikeluarkan daripadanya, atau jika insurans ini, atau sebarang pembaharuan padanya, telah diperolehi melalui mana-mana silap nyata, salah perwakilan atau disekat, atau jika mana-mana tuntutan yang dibuat adalah palsu atau ditokok tambah, atau jika sebarang perakuan atau pernyataan palsu dibuat untuk menyokongnya, dengan itu dalam mana-mana kes tersebut, Polisi ini menjadi tidak sah.

26. PROSIDING GUAMAN

Tiada tindakan undang-undang atau ekuiti, boleh dibuat untuk mendapat semula Polisi sebelum luput enam puluh (60) hari selepas bukti tuntutan telah difailkan selaras dengan syarat-syarat Polisi ini. Jika Orang Diinsuranskan gagal menyerahkan bukti kerugian yang diperlukan seperti yang ditetapkan oleh terma, peruntukan dan syarat Polisi ini, Orang Diinsuranskan boleh, dalam tempoh ehsan satu tahun kalendar dari masa bukti bertulis mengenai kerugian perlu dilengkapi, menyerahkan bukti kerugian yang berkaitan

kepada Syarikat dengan alasan yang kukuh tentang kegagalan untuk mematuhi terma, peruntukan dan syarat-syarat. Penerimaan bukti kerugian tersebut adalah atas budi bicara mutlak dan sepenuhnya oleh Syarikat. Selepas tempoh ehsan tamat, Syarikat tidak akan menerima, atas sebarang sebab, bukti bertulis tentang kerugian tersebut.

27. TIMBANG TARA

Semua percanggahan yang timbul daripada Polisi ini hendaklah dirujuk kepada Penimbang Tara yang akan dilantik secara bertulis oleh pihak-pihak yang bertelingkah. Jika mereka tidak bersetuju siapa yang menjadi Penimbang Tara dalam masa satu (1) bulan kalendar selepas dikehendaki untuk berbuat demikian secara bertulis, maka kedua-dua pihak boleh melantik seorang Penimbang Tara setiap satu yang akan mendengar pertelingkahan tersebut secara bersama dengan seorang Pengadil yang akan dilantik oleh kedua-dua Penimbang Tara. Bagaimanapun, ia adalah dengan syarat bahawa sebarang penafian oleh Syarikat ke atas mana-mana tuntutan di sini mestilah dirujuk kepada Penimbang Tara dalam masa dua belas (12) bulan kalendar dari tarikh penafian tersebut.

28. UNTUK SENARAI PANEL HOSPITAL & KLINIK

- a) Anda boleh layari laman sesawang kami di :
www.rhbgroup.com > Menu > Products & Services > Insurance > General Information
atau
- b) Anda boleh lawati pautan di bawah:
 - i) Untuk senarai Panel Hospital MiCare <http://rhbgroup.com/uploads/files/products-and-services/personal/insurance/general-information/Micares-Panel-Hospital.pdf>
 - ii) Untuk senarai Panel Klinik MiCare <http://rhbgroup.com/uploads/files/products-and-services/personal/insurance/general-information/Micares-Panel-Clinic.pdf>

WARANTI/KLAUSA

(Klausula dan waranti berikut diguna pakai untuk Polisi ini)

PWE WARANTI PREMIUM

Adalah menjadi syarat khas asas dan mutlak kontrak insurans ini bahawa premium yang perlu dibayar mestilah dibayar dan diterima oleh penginsurans dalam masa enam puluh (60) hari dari tarikh permulaan polisi ini / pengendorsan / sijil pembaharuan.

Jika syarat ini tidak dipatuhi maka kontrak ini akan dibatalkan secara automatik dan Syarikat berhak untuk mendapat premium pro-rata untuk tempoh di mana mereka telah menanggung risiko.

Sekiranya premium yang perlu dibayar selaras dengan Waranti ini diterima oleh ejen sah Syarikat, bayaran tersebut dianggap telah diterima oleh Syarikat untuk tujuan Waranti ini dan tanggungjawab membuktikan bahawa premium perlu dibayar telah diterima oleh seseorang, termasuk ejen insurans, yang tidak diberi kuasa untuk menerima premium tersebut hendaklah menjadi tanggungjawab Syarikat.

Tertakluk kepada terma-terma, pengecualian dan syarat-syarat Polisi.

NOTIS KEPADA PEMEGANG POLISI

Sila memeriksa Polisi insurans untuk memastikan permintaan I keperluan anda dipenuhi.

Untuk mengelakkan salah faham, adalah sangat penting Polisi, Jadual dan sebarang pengendorsan disertakan di sini dibaca bersama secara terperinci.

Sekiranya anda mempunyai sebarang aduan atau keraguan berkaitan dengan Polisi anda, sila hubungi ejen anda, sekiranya ada atau berhubung dengan pejabat yang mengeluarkannya. Kami memastikan aduan anda dilayani dengan segera.

Bagi tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau keaburan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia tentang mana-mana bahagian Kontrak, adalah dipersetujui bahawa Kontrak versi Bahasa Inggeris akan digunakan.

Sebagai Penanggung Insurans yang bertanggungjawab, kami ingin membawa kepada perhatian anda bahawa anda boleh mengemukakan ketidakpuasan kepada Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan (FMOS), dahulunya dikenali sebagai Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OFS) atau Biro Perkhidmatan Pelanggan (CSB) Bank Negara seperti yang ditunjukkan di bawah.

BAGAIMANA MEMBUAT ADUAN?

Jika Anda tidak berpuas hati dengan mana-mana aspek perkhidmatan Kami, Kami ingin mendengar daripada Anda. Anda boleh membuat aduan dalam bentuk apa jua yang paling selesa dengan Anda samada melalui panggilan telefon kepada operator Kami atau, secara bertulis, fax atau e-mel aduan Anda kepada:

Unit Pengendalian Aduan

Level 1, Tower Three, RHB Centre, Jalan Tun Razak,
50400 Kuala Lumpur
Tel: 1300 22 0007/ Fax: 603-21637277
E-mail: rhbi.general@rhbgroup.com WhatsApp: 012-603 1978

Kami akan berusaha untuk bertindak balas kepada aduan Anda dalam masa empat belas (14) hari. Jika Kami tidak dapat menyelesaikan perkara tersebut dalam tempoh masa yang ditetapkan seandainya rumit, Anda akan diberitahu tentang perkembangan yang telah dibuat tentang aduan Anda tersebut.

Anda boleh membantu Kami untuk memberi tindak balas secepat mungkin dengan memberi Kami maklumat-maklumat berikut:

1. Nama, alamat dan nombor Anda untuk dihubungi
2. No Nota Perlindungan / No. Polisi / No. Tuntutan

Sekiranya setelah mengambil langkah-langkah di atas dan Anda masih tidak berpuas hati, Anda boleh menulis ke:

Unit Pengurusan Aduan

Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan (FMOS)
(Dahulu dikenali sebagai Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OFS)
Tingkat 14, Blok Utama
Menara Takaful Malaysia
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman
50000 Kuala Lumpur
Tel: 03-2272 2811
Laman Web: www.fmos.org.my

Jika Pengantara membuat keputusan yang tidak menyebelahi Kami, Anda diminta untuk memberitahu Pengantara mengenai keputusan Anda untuk menerima atau menolak keputusan tersebut dalam tempoh empat belas (14) hari.

Jika Anda tidak menerima keputusan tersebut, Anda boleh menolak keputusan Pengantara. Anda bebas untuk mengambil tindakan mahkamah ke atas Kami atau merujuk kepada Timbangtara.

Sebagai pilihan, Anda boleh menghantar ketidakpuasan hati Anda terhadap tindakan Kami secara bertulis kepada Bank Negara Malaysia dengan memberi secara terperinci maklumat aduan Anda dan informasi Polisi Anda kepada:

BNMTELELINK

Jabatan Komunikasi Korporat
Bank Negara Malaysia
Peti Surat 10922
50929 Kuala Lumpur
Tel: 1300-88-5465 (LINK)
Faks: 03-2174 1515
E-mel: bnmtelelink@bnm.gov.my
Laman Web: www.insuranceinfo.com.

**HEAD OFFICE / IBU
PEJABAT**

**CUSTOMER RELATIONSHIP
CENTRE / KAUNTER KHIDMAT
PELANGGAN**

Level 12, West Wing, The Icon,
No.1, Jalan 1/68F,
Jalan Tun Razak,
55000 Kuala Lumpur
Tel: 03 - 2180 3000
Fax: 03 - 9281 2729
Website : insurance.rhbgroup.com

Level 1, Tower Three, RHB Centre,
Jalan Tun Razak,
50400 Kuala Lumpur
Tel: 1300-220-007
Fax: 03 – 2163 7277, WhatsApp at [012-603 1978](tel:012-6031978)
Email : rhbi.general@rhbgroup.com