

This Policy is issued in consideration of the payment of premium as specified in the Policy Schedule and pursuant to the answers given in the Insured's Proposal Form (or when the Insured applied for this insurance) and any other disclosures made by the Insured between the time of submission of the Insured's Proposal Form (or when the Insured applied for this insurance) and the time this contract is entered into. The answers and any other disclosures given by the Insured shall form part of this contract of insurance between the Insured and RHB INSURANCE BERHAD (hereinafter called "the Company"). However, in the event of any pre-contractual misrepresentation made in relation to the Insured's answers or in any disclosures given by the Insured, only the remedies in Schedule 9 of the Financial Services Act 2013 will apply.

This Policy reflects the terms and conditions of the contract of insurance as agreed between the Insured and the Company.

Now this Policy Witnesseth that if during the Period of Insurance, the Insured is diagnosed to be suffering from any of the critical illnesses indicated in the Definition section of this policy, the Company will subject to the terms provisos exclusions and conditions of and endorsed on this Policy, pay to the Insured or his/her legal personal representative the Benefits Amount specified in the Policy Schedule of this policy.

PROVIDED always that

- a. An Insured shall not be covered under more than one **CRITICAL GUARD INSURANCE POLICY**. In the event that the Insured is covered under more than one such policy, the Company will consider that Insured to be insured under the Policy which provides the highest benefit. When the Benefit under each such policy is identical, the Company will consider that the Insured to be insured under the Policy first issued. The Company will refund any duplicated insurance premium payment which may have been made by or on behalf of that Insured.
- b. Person(s) eligible for enrolment:-
 - i. Child aged between thirty (30) days and seventeen (17) years (both ages inclusive) ; and Insured aged between eighteen (18) and sixty (60) years (both ages inclusive) and renewable up to 70 years old and ;
 - ii. Free from Physical Defects/ Defomities prior to the effective date of insurance and;
 - iii. Free from Pre-existing Illness/disability or/and Congenital Conditions as defined in the Definition section of the policy prior to the effective date of insurance;
- c. The Company will only pay to the Insured or his/her legal representative if the following conditions are satisfied:-
 - i. The Insured has been diagnosed and confirmed as suffering from any of the Critical Illnesses as defined in the Definition section of the Policy and;
 - ii. The Critical illness suffered by the Insured during the period of cover must be the first incident of that Critical Illness and;

- iii. The diagnosis is after the Waiting Period as defined in the Definition section of the Policy and;
- iv. The Insured survived the Survival Period as defined in the Definition section of the Policy.

DEFINITIONS

1. **Insurer or Company** means RHB Insurance Berhad.
2. **Effective Date of Insurance** means the date on which insurance under this Policy commenced, as stated in the Policy Schedule.
3. **Policy Schedule/Schedule of Benefits** means the schedule, which entails Insured name, address, benefits covered, effective date of insurance and other insured's particulars which is attaching to and forming part of the Policy.
4. **You/Policyholder Proposer/Policyholder/The Insured** mean a person to whom the Policy has been issued in respect of cover for the person(s) specifically identified as the Insured (s) in the Policy Schedule or any subsequent revision, amendment or endorsement thereto.
5. **Insured (s) shall mean the person(s) described in the Policy Schedule including his/her child (if applicable).** Or any subsequent revision, amendment revision, amendment or endorsement thereto
6. **Accident** means 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.
7. **Bodily Injury / Accidental Event** means injury solely caused by an accident.
8. **Sickness, Disease, Illness** mean a physical condition marked by a pathological deviation from the normal healthy state.
9. **Pre-Existing Illness** shall mean disabilities that the Insured has reasonable knowledge of. An Insured may be considered to have reasonable knowledge of a pre-existing condition where the condition is one for which:-
 - a. the Insured 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.
10. **Waiting Period** shall mean the first 30 days between the beginning of an Insured'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.
11. **Survival Period** means duration of 30 days from and including the date of diagnosis of the Critical Illness after Policy Waiting Period of the Insured.
12. **Disability** means a Sickness, Disease or Illness or the entire Bodily Injuries arising out of a single or continuous series of causes.
13. **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.

14. Medical Practitioner or Medical Consultant or Consultant Physician 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 medical practitioner, medical consultant or consultant physician who is the Insured himself.

15. Diagnosis means the definitive diagnosis made by a Medical Practitioner based upon such specific evidence/medical report, as referred to herein in the definition of the covered Critical Illness or in the absence of such specified reference, based upon radiological, clinical, histological or laboratory evidence acceptable to the Company. All such medical evidence must be furnished at the Insured's expense.

The Company shall have the right to call for an examination of the Insured or evidence used in arriving at such diagnosis, by an impartial acknowledged expert in the field of medicine concerned and the opinion of such expert as to such diagnosis be considered binding on both the Insured and the Company.

16. Irreversible means cannot be reasonably improved upon by medical treatment and/or surgical procedures consistent with the current standard of the medical services available in Malaysia.

17. Permanent means expected to last throughout the lifetime of the Insured.

18. Permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms means symptoms of dysfunction in the nervous system that are present on clinical examination and expected to last throughout the lifetime of the Insured. Symptoms that are covered include numbness, paralysis, localized weakness, dysarthria (difficulty with speech), aphasia (inability to speak), dysphagia (difficulty swallowing), visual impairment, difficulty in walking, lack of coordination, tremor, seizures, dementia, delirium and coma.

19. Activities of Daily Living (ADL) are as follows:

(i) Transfer

Getting in and out of a chair without requiring physical assistance.

(ii) Mobility

The ability to move from room to room without requiring any physical assistance.

(iii) Continence

The ability to voluntarily control bowel and bladder functions such as to maintain personal hygiene.

(iv) Dressing

Putting on and taking off all necessary items of clothing without requiring assistance of another person.

(v) Bathing/ Washing

The ability to wash in the bath or shower (including getting in or out of the bath or shower) or wash by

any other means.

(vi) Eating

All tasks of getting food into the body once it has been prepared.

20. Assessment Period means the period during which the insurer will assess a condition before deciding whether or not the condition qualifies as being permanent. The assessment period will be for the minimum period time frame stated in the relevant definition and will not be longer than twelve (12) months (provided all required evidence has been submitted).

21. Critical illnesses mean any of the following disabilities/ illnesses herein defined:-

1. Stroke – resulting in permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms

Death of brain tissue due to inadequate blood supply, bleeding within the skull or embolization from an extra cranial source resulting in permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms. The diagnosis must be based on changes seen in a CT scan or MRI and certified by a neurologist. A minimum Assessment Period of three (3) months applies.

For the above definition, the following are not covered:

- (i) Transient ischemic attacks
- (ii) Cerebral symptoms due to migraine
- (iii) Traumatic injury to brain tissue or blood vessels
- (iv) Vascular disease affecting the eye or optic nerve or vestibular functions.

2. Heart Attack – of specified severity

Death of heart muscle, due to inadequate blood supply, that has resulted in all of the following evidence of acute myocardial infarction:

- (i) A history of typical chest pain;
- (ii) New characteristic electrocardiographic changes; with the development of any of the following: ST elevation or depression, T wave inversion, pathological Q waves or left bundle branch block and
- (iii) Elevation of the cardiac biomarkers, inclusive of CPK-MB above the generally accepted normal laboratory levels or Troponins recorded at the following levels or higher:

- Cardiac Troponin T or Cardiac Troponin I \geq 0.5 ng/ml

The evidence must show the occurrence of a definite acute myocardial infarction which should be confirmed by a cardiologist or physician.

For the above definition, the following are not covered:

- occurrence of an acute coronary syndrome including but not limited to unstable angina.
- a rise in cardiac biomarkers resulting from a percutaneous procedure for coronary artery disease.

3. Kidney Failure

End-stage kidney failure presenting as chronic irreversible failure of both kidneys to function, as a result of which regular dialysis is initiated or kidney transplantation is carried out.

4. Cancer – of specified severity and does not cover very early cancers

Any malignant tumour positively diagnosed with histological confirmation and characterized by the uncontrolled growth of malignant cells and invasion of tissue. The term malignant tumour includes leukemia, lymphoma and sarcoma.

For the above definition, the following are not covered:

- (i) All cancers which are histologically classified as any of the following:
 - pre-malignant
 - non-invasive
 - carcinoma in situ
 - having borderline malignancy
 - having malignant potential
- (ii) All tumours of the prostate histologically classified as T1N0M0 (TNM classification)
- (iii) (All tumours of the thyroid histologically classified as T1N0M0 (TNM classification)
- (iv) All tumours of the urinary bladder histologically classified as T1N0M0 (TNM classification)
- (v) Chronic Lymphocytic Leukemia less than RAI Stage 3
- (vi) All cancers in the presence of HIV
- (vii) Any skin cancer other than malignant melanoma.

5. Coronary Artery Disease

i) Coronary Artery By-Pass Surgery

Refers to the actual undergoing of open-chest surgery to correct or treat Coronary Artery Disease (CAD) by way of coronary artery by-pass grafting.

For the above definition, the following are not covered:

- (i) angioplasty;
- (ii) other intra-arterial or catheter based techniques;
- (iii) keyhole procedures;
- (iv) laser procedures.

ii) Serious Coronary Artery Disease

The narrowing of the lumen of Right Coronary Artery (RCA), Left Anterior Descending Artery (LAD) and Circumflex Artery (not inclusive of their branches) occurring at the same time by a minimum of sixty percent (60%) in each artery as proven by coronary arteriography (non-invasive diagnostic procedures are not covered). A narrowing of sixty percent (60%) or more of the Left Main Stem will be considered as a narrowing of the Left Anterior Descending Artery (LAD) and Circumflex Artery. This covered event is payable regardless of whether or not any form of coronary artery surgery has been performed.

iii) Angioplasty and other invasive treatments for coronary artery disease

The actual undergoing for the first time of Coronary Artery Balloon Angioplasty, arterectomy, laser treatment or the insertion of a stent to correct a narrowing or blockage of

one or more coronary arteries as shown by angiographic evidence.

Intra-arterial investigative procedures are not covered. Payment under this clause is limited to ten percent (10%) of the Critical Illness coverage under this policy subject to a maximum of RM25,000. This covered event is payable once only and shall be deducted from the amount of this Contract, thereby reducing the amount of the Lump Sum Payment which may be payable.

6. End-Stage Liver Failure

End-stage liver failure as evidenced by all of the following:

- Permanent jaundice;
- Ascites (excessive fluid in peritoneal cavity); and,
- Hepatic encephalopathy.

Liver failure secondary to alcohol or drug abuse is not covered.

7. Fulminant Viral Hepatitis

A sub-massive to massive necrosis (death of liver tissue) caused by any virus as evidenced by all of the following diagnostic criteria:

- (i) A rapidly decreasing liver size as confirmed by abdominal ultrasound;
- (ii) Necrosis involving entire lobules, leaving only a collapsed reticular framework;
- (iii) Rapidly deteriorating liver functions tests; and
- (iv) Deepening jaundice.

Viral hepatitis infection or carrier status alone (inclusive but not limited to Hepatitis B and Hepatitis C) without the above diagnostic criteria is not covered.

8. Coma – resulting in permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms

A state of unconsciousness with no reaction to external stimuli or internal needs, persisting continuously for at least ninety six (96) hours, requiring the use of life support systems and resulting in a permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms. A minimum Assessment Period of thirty (30) days applies. Confirmation by a neurologist must be present.

The following is not covered:

- (i) Coma resulting directly from alcohol or drug abuse.

9. Benign Brain Tumor – of specified severity

A benign tumour in the brain or meninges within the skull, where all of the following conditions are met:

- (i) It is life threatening.
- (ii) It has caused damage to the brain.
- (iii) It has undergone surgical removal or has caused permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms; and
- (iv) Its presence must be confirmed by a neurologist or neurosurgeon and supported by findings on MRI, CT or other reliable imaging techniques.

The following are not covered:

- (i) Cysts
- (ii) Granulomas

- (iii) Malformations in or of the arteries or veins of the brain
- (iv) Hematomas
- (v) Tumours in the pituitary gland
- (vi) Tumours in the spine
- (vii) Tumours of the acoustic nerve.

10. Paralysis of limbs

Total, permanent and irreversible loss of use of both arms or both legs, or of one arm and one leg, through paralysis caused by illness or injury. A minimum Assessment Period of six (6) months applies.

11. Blindness – Permanent and Irreversible

Permanent and irreversible loss of sight as a result of accident or illness to the extent that even when tested with the use of visual aids, vision is measured at 3/60 or worse in both eyes using a Snellen eye chart or equivalent test and the result must be certified by an ophthalmologist.

12. Deafness – Permanent and Irreversible

Permanent and irreversible loss of hearing as a result of accident or illness to the extent that the loss is greater than 80 decibels across all frequencies of hearing in both ears. Medical evidence in the form of an audiometry and sound-threshold tests result must be provided and certified by an Ear, Nose, and Throat (ENT) specialist.

13. Third Degree Burns – of specified severity

Third degree (i.e. full thickness) skin burns covering at least twenty percent (20%) of the total body surface area.

14. HIV Infection Due To Blood Transfusion

Infection with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) through a blood transfusion, provided that all of the following conditions are met:

- (i) The blood transfusion was medically necessary or given as part of a medical treatment;
- (ii) The blood transfusion was received in Malaysia or Singapore after the commencement of the policy;
- (iii) The source of the infection is established to be from the institution that provided the blood transfusion and the institution is able to trace the origin of the HIV tainted blood;
- (iv) The Insured does not suffer from hemophilia; and
- (v) The Insured is not a member of any high risk groups including but not limited to intravenous drug users.

15. End-Stage Lung Disease

End-stage lung disease causing chronic respiratory failure.

All of the following criteria must be met:

- (i) The need for regular oxygen treatment on a permanent basis;
- (ii) Permanent impairment of lung function with a consistent Forced Expiratory Volume (FEV) of less than 1 liter during the first second;
- (iii) Shortness of breath at rest; and
- (iv) Baseline Arterial Blood Gas analysis with partial oxygen pressures of 55mmHg or less.

16. Encephalitis – resulting in permanent inability to perform Activities of Daily Living

Severe inflammation of brain substance, resulting in permanent functional impairment. The permanent functional impairment must result in an inability to perform at least three (3) of the Activities of Daily Living. A minimum Assessment Period of thirty (30) days applies. The covered event must be certified by a neurologist.

Encephalitis in the presence of HIV infection is not covered.

17. Major Organ / Bone Marrow Transplant

The receipt of a transplant of:

- Human bone marrow using hematopoietic stem cells preceded by total bone marrow ablation; or
- One of the following human organs: heart, lung, liver, kidney, pancreas that resulted from irreversible end-stage failure of the relevant organ.

Other stem cell transplants are not covered.

18. Loss of Speech

Total, permanent and irreversible loss of the ability to speak as a result of injury or illness. A minimum Assessment Period of six (6) months applies. Medical evidence to confirm injury or illness to the vocal cords to support this disability must be supplied by an Ear, Nose, and Throat specialist.

All psychiatric related causes are not covered.

19. Poliomyelitis

Unequivocal diagnosis by a Consultant Neurologist of infection with the Poliovirus leading to paralytic disease as evidenced by impaired motor functions or respiratory weakness. Cases not involving paralysis will not be eligible for benefit. Other causes of paralysis (such as Guillain-Barre Syndrome) are specifically excluded.

20. Heart Valve Surgery

The actual undergoing of open-heart surgery to replace or repair cardiac valves as a consequence of heart valve defects or abnormalities.

For the above definition, the following are not covered:

- (i) Repair via intra-arterial procedure
- (ii) Repair via key-hole surgery or any other similar techniques.

21. Terminal Illness

The conclusive diagnosis of a condition that is expected to result in death of the Insured within twelve (12) months. The Insured must no longer be receiving active treatment other than that for pain relief. The diagnosis must be supported by written confirmation from an appropriate specialist and confirmed by the Company's appointed doctor.

22. Loss of Independent Existence

Confirmation by an appropriate specialist of the loss of independent existence and resulting in a permanent inability to perform at least three (3) of the Activities of Daily Living. A minimum Assessment Period of six (6) months applies.

23. Medullary Cystic Disease

A progressive hereditary disease of the kidney characterized by the presence of cysts in the medulla, tubular atrophy and interstitial fibrosis with the clinical manifestations of anemia, polyuria and renal loss of sodium, progressing to chronic kidney failure. Diagnosis must be supported by a renal biopsy.

24. Bacterial Meningitis - resulting in permanent inability to perform Activities of Daily Living

Bacterial meningitis causing inflammation of the membranes of the brain or spinal cord resulting in permanent functional impairment. The permanent functional impairment must result in an inability to perform at least three (3) of the Activities of Daily Living. A minimum Assessment Period of thirty (30) days applies.

The diagnosis must be confirmed by:

- (i) an appropriate specialist; and
- (ii) the presence of bacterial infection in the cerebrospinal fluid by lumbar puncture.

For the above definition, other forms of meningitis, including viral meningitis are not covered.

25. Major Head Trauma - resulting in permanent inability to perform Activities of Daily Living

Physical head injury resulting in permanent functional impairment verified by a neurologist. The permanent functional impairment must result in an inability to perform at least three (3) of the Activities of Daily Living. A minimum Assessment Period of three (3) months applies.

26. Cardiomyopathy – of specified severity

A definite diagnosis of cardiomyopathy by a cardiologist which results in permanently impaired ventricular function and resulting in permanent physical impairment of at least Class III of the New York Heart Association's classification of cardiac impairment. The diagnosis has to be supported by echocardiographic findings of compromised ventricular performance.

The NYHA Classification of Cardiac Impairment for Class III and Class IV means the following:

Class III: Marked limitation of physical activity. Comfortable at rest but less than ordinary activity causes symptoms.

Class IV: Unable to engage in any physical activity without discomfort. Symptoms may be present even at rest.

Cardiomyopathy directly related to alcohol or drug abuse is not covered.

27. Chronic Aplastic Anemia - resulting in permanent Bone Marrow Failure

Irreversible permanent bone marrow failure which results in anemia, neutropenia and thrombocytopenia requiring at least two (2) of the following treatments:

- (i) Regular blood product transfusion;
- (ii) Marrow stimulating agents;
- (iii) Immunosuppressive agents; or
- (iv) Bone marrow transplantation.

28. Motor Neuron Disease – permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms

A definite diagnosis of motor neuron disease by a neurologist with reference to either spinal muscular atrophy, progressive bulbar palsy, amyotrophic lateral sclerosis or primary lateral sclerosis. There must be permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms.

29. Parkinson's Disease – resulting in permanent inability to perform Activities of Daily Living

A definite diagnosis of Parkinson's Disease by a neurologist where all the following conditions are met:

- (i) Cannot be controlled with medication;
- (ii) Shows signs of progressive impairment; and
- (iii) Confirmation of the permanent inability of the Insured to perform without assistance three (3) or more of the Activities of Daily Living.

Only idiopathic Parkinson's Disease is covered. Drug-induced or toxic causes of Parkinsonism are not covered.

30. Alzheimer's Disease/Severe Dementia

Deterioration or loss of intellectual capacity confirmed by clinical evaluation and imaging tests arising from Alzheimer's Disease or Severe Dementia as a result of irreversible organic brain disorders. The covered event must result in significant reduction in mental and social functioning requiring continuous supervision of the Insured. The diagnosis must be clinically confirmed by a neurologist.

From the above definition, the following are not covered:

- (i) Non organic brain disorders such as neurosis
- (ii) Psychiatric illnesses
- (iii) Drug or alcohol related brain damage.

31. Apallic Syndrome

Universal necrosis of the brain cortex, with the brainstem remaining intact. Diagnosis must be confirmed by a neurologist and condition must be documented for at least one month.

32. Muscular Dystrophy

The definite diagnosis of a Muscular Dystrophy by a Neurologist which must be supported by all of the following:

- (i) Clinical presentation of progressive muscle weakness
- (ii) No central/peripheral nerve involvement as evidenced by absence of sensory disturbance
- (iii) Characteristic electromyogram and muscle biopsy findings

No benefit will be payable under this Covered Event before the Insured has reached the age of 12 years next birthday.

33. Surgery to Aorta

The actual undergoing of surgery via a thoracotomy or laparotomy (surgical opening of thorax or abdomen) to repair or correct an aortic aneurysm, an obstruction of the aorta or a dissection of the aorta. For this definition, aorta shall mean the thoracic and abdominal aorta but not its branches.

For the above definition, the following are not covered:

- (i) angioplasty;

- (ii) other intra-arterial or catheter based techniques;
- (iii) other keyhole procedures;
- (iv) laser procedures

34. Multiple Sclerosis

A definite diagnosis of multiple sclerosis by a neurologist. The diagnosis must be supported by all of the following:

- Investigations which confirm the diagnosis to be Multiple Sclerosis;
- Multiple neurological deficits resulting in impairment of motor and sensory functions occurring over a continuous period of at least 6 months; and
- Well documented history of exacerbations and remissions of said symptoms or neurological deficits.

35. Primary Pulmonary Arterial Hypertension – of specified severity

A definite diagnosis of primary pulmonary arterial hypertension with substantial right ventricular enlargement established by investigations including cardiac catheterization, resulting in permanent physical impairment to the degree of at least Class III of the New York Heart Association (NYHA) classification of cardiac impairment.

Pulmonary arterial hypertension resulting from other causes shall be excluded from this benefit.

The NYHA Classification of Cardiac Impairment for Class III and Class IV means the following:

Class III: Marked limitation of physical activity. Comfortable at rest but less than ordinary activity causes symptoms.

Class IV: Unable to engage in any physical activity without discomfort. Symptoms may be present even at rest.

36. Systemic Lupus Erythematosus With Severe Kidney Complications

A definite diagnosis of Systemic Lupus Erythematosus confirmed by a rheumatologist.

For this definition, the covered event is payable only if it has resulted in Type III to Type V Lupus Nephritis as established by renal biopsy. Other forms such as discoid lupus or those forms with only hematological or joint involvement are not covered.

WHO Lupus Classification:

Type III - Focal Segmental glomerulonephritis

Type IV - Diffuse glomerulonephritis

Type V - Membranous glomerulonephritis

to a maximum of 50% of the Principal Sum Insured provided :

- a. such renewal is continuous and the Policy has not been allowed to lapse in any one given year and
- b. no claim is made under the Policy

3. Additional 10% Payout

An additional 10% of the Principal Sum Insured will be payable to the Insured in the event the Insured is diagnosed with any of the following listed Critical Illness: For Male – Colon Cancer, Prostate Cancer, Liver Cancer, Testicular Cancer, Nasal Cancer and Cardiomyopathy.

For Female – Breast Cancer, Ovarian Cancer, Uterus Cancer, Cancer of the Fallopian Tubes, Cervix Cancer and Cardiomyopathy.

EXCLUSIONS

The Company shall not be liable in respect of any of the Critical Illnesses directly or indirectly consequent upon or contribute by the following:-

1. Pre-existing illnesses/ disabilities or Congenital Conditions as defined in the Definition section of this policy.
2. Any condition that results from the use, existence or escape of nuclear weapons material or ionizing radiation from or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from the combustion of nuclear fuel.
3. Insanity, intentional self-inflicted injuries, suicide or any attempt thereof while sane of insane.
4. Critical Illness diagnosed during the Waiting Period as defined in the Definition section of this Policy except for Total and Permanent Disability arising out of accidental event.
5. Disease/Disability resulting from Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS related complex or infection by Human Immuno Deficiency Virus (HIV) except the condition or disease or infection arose as a result of blood transfusion.
6. Any act of terrorism

It is agreed that, regardless of any contributory cause(s), this Policy does not cover any loss(es) in any way caused or contributed to by an act of terrorism involving the use or release or the threat thereof of any nuclear weapon or device or chemical or biological agent. For the purpose of this exclusion, an act of terrorism means an act including but not limited to the use of force or violence and/or the threat thereof, of any person or group(s) of persons, whether acting alone or on behalf of or in connection with any organization(s) or government(s), committed for political, religious, ideological or similar purposes including the intention to influence any government and/or to put the public, or any section of the public, in fear.

It also excludes loss, damage, cost or expenses of whatsoever nature directly or indirectly caused by, resulting from or in connection with any action taken in controlling, preventing, suppressing or in any way relating to this act above.

BENEFITS

1. Critical Illness Benefits

The Company will pay the sum insured as shown in the policy schedule in the event if the Insured is diagnosed with one of the Critical Illnesses. The Policy will be terminated upon paid out of the full amount.

2. Loyalty Benefit

The Company will increase the Principal Sum Insured as stated in the Policy Schedule by 10% per year up

If the Company alleges that by reason of this exclusion, any loss, damage, cost or expenses is not covered by this policy the burden of proving the contrary shall be upon the Insured.

In the event any portion of this exclusion is found to be invalid or unenforceable, the remainder shall remain in full force and effect.

7. Nuclear or chemical contamination, war, invasion, act of foreign enemy hostilities (whether war be declared or not) civil war, rebellion, revolution, direct participation in riot, strike and civil commotion, insurrection or military or usurped power, or active duty in any of the armed forces.
8. Childbirth, miscarriage, pregnancy or abortion.
9. Intoxication by alcohol of drugs (other than those prescribed by a qualified registered Medical Practitioner). In addition to the above exclusions, the Company will not pay the benefit for any claims arising out of bodily injury sustained as a result of accident by the Insured:
10. It is an absolute condition and condition precedent to the Insurer's liability, that any Insured covered under this Policy are not in any way, directly or indirectly involved in any of the occupations/duties mentioned hereunder;
 - 10.1 Air Force, Police, Security Guard, Naval, Army/Military and law enforcement officers
 - 10.2 Aircraft testers, pilots or crew
 - 10.3 Divers
 - 10.4 Racing Drivers
 - 10.5 Jockeys
 - 10.6 Persons engaged in professional sports activities
 - 10.7 Persons engaged in underground mining and tunneling
 - 10.8 Firemen
 - 10.9 Seamen and sea fishermen
 - 10.10 War Correspondents
 - 10.11 Oil rig workers
 - 10.12 Steeplejacks
 - 10.13 Stevedores
 - 10.14 Persons engaged in demolition of buildings
 - 10.15 Persons engaged in ambulance services
 - 10.16 Sawyers, timber logging workers, drivers/attendants of timber lorries and winches
 - 10.17 Wood working machinists
 - 10.18 Explosive handlers

The Insurer reserves absolute discretion to decline coverage for any Insured even if the Insured is not involved in any of the occupations stated above.

11. While hunting, ice-hockey, polo-playing, steeple-chasing, winter sports, yachting, water-ski jumping, under-water activities involving the use of breathing apparatus or using wood-working machinery driven by mechanical power, racing (other than on foot), pace-makings or participating in any speed-test, reliability or other speed trials and hang-gliding.
12. While traveling in as an aircraft as a member of the crew, except as a fare-paying passenger in an aircraft licensed to carry passengers. For the purpose of this exclusion the Insured will not be covered if he is involved in any technical operation or navigation

whilst in the aircraft.

13. While participating or practicing or the taking part in any sports in a professional capacity.
14. While violating or any attempt of violation of the law or resistance to lawful arrest.
15. Physical Defects/Deformities prior to the effective date of insurance

GENERAL CONDITIONS

1. Statement Pursuant to Schedule 9 of the Financial Services Act 2013

Where the Insured has applied for this Insurance wholly for themselves/ their family/ their dependants, the Insured has a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in the Proposal Form (or when the Insured applied for this insurance) i.e. the Insured should have answered the questions fully and accurately. Failure to have taken reasonable care in answering the questions may result in avoidance of the Insured's contract of insurance, refusal or reduction of the Insured's claim(s), change of terms or termination of the Insured's contract of insurance in accordance with the remedies in Schedule 9 of the Financial Services Act 2013. The Insured is also required to disclose any other matter that the Insured knows to be relevant to the Company's decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied.

The Insured also has a duty to tell the Company immediately if at any time after the Insured's contract of insurance has been entered into, varied or renewed with the Company any of the information given in the Proposal Form (or when the Insured applied for this insurance) is inaccurate or has changed.

2. Effective Date

This policy shall become effective and commence at 12.01 A.M.

Malaysia Time on the date specified as the Effective Date of Insurance in this Policy Schedule.

3. Termination

3.1 Termination by the Insured

The Insured must give 14 working days' notice in writing to the Company to terminate the cover of this Policy. Such termination shall become effective on the date the notice is received by the Company, or the date specified in the notice, whichever is earlier and provided that no claims has been made by the Insured during the current policy year, the Insured shall be entitled to a prorated refund of premium paid as follows :-

Period Not Exceeding	Refund of Annual Premium
15 days (applicable to renewal only)	90%
1 months	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

3.2 Termination by the Company

Upon Policy anniversary, the Company reserves the right to review the Policy terms by imposing conditions, increasing premiums or even decline to renew certain policyholders or the entire portfolio of the Policy all together, depending on claims experience. However, should such decision be made, the Company will serves notice of not less than thirty (30) days to the Insured for his/her consideration. Subject to the provisions of this policy, the Company may give notice of termination hereof by registered letter to the Insured at his/her last known address. Such termination shall become effective thirty (30) days following the date of such notice. Provided no claims has been made by the Insured during the current policy year, the Insured shall be entitled to a pro-rate refund of premium.

3.3 Automatic Termination

This Policy shall terminate immediately on the earlier of the following events:

3.3.1 Immediate upon attainment of the Insured aged of 70

or,

3.3.2 full benefits of 100% of the principal sum insured amount as specified in the schedule of benefits has been paid.

3.4 Premium Position Upon termination

In the event premium has been paid for any period beyond the date of termination of this Policy, the relevant proportion thereof shall be refunded to Insured by the Company. If the premium has not been paid for any period up to the date of termination as aforesaid, the Insured shall be liable to the Company for payment of such premium, which the Company may, at its option, bill to the Insured or any outstanding premiums due for the policy in which claims occur shall be deducted from the proceeds payable under this Policy.

4. 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 and the Company will run off all policies to expiry of the period of cover within the portfolio. However, should

such decision is made, the Company will serves notice of not less than thirty (30) days to the Insured for his/her consideration.

5. Premium

5.1 Premium Payable

Premium shall be payable annually.

5.2 Reinstatement

Policy may be reinstated at the Company's discretion subject to:-

5.2.1 written application by the Insured and

5.2.2 evidence of insurability satisfactory to the Company, and

5.2.3 payment of total premiums due.

5.3 Revision of premiums by Company

The premiums payable may be revised by the Company, depending on claims experience. However, any revision in premiums will be applied to the whole portfolio, and not limited to any particular individual, and will take effect from the renewal date on policy anniversary immediately following the introduction of the revised premiums. The Company shall give one month's written notice to the insured for consideration before any change in premiums is introduced

6. Payment of Benefits

Benefit payable under this Policy shall be paid to the Insured In the event of death of the Insured, the benefit shall be paid to her/his named beneficiary or her/his estate if there is no such named beneficiary, same in respect of an Insured who is a muslim, in which case only, payment of benefit under this Policy may be determined by the appropriate Islamic Laws and the applicable Syariah Laws

7. Cooling-Off Period

If this Policy shall have been issued and for any reason whatsoever the Insured shall decide not to take up the Policy, the Insured may return the Policy to the Company for cancellation provided such request for cancellation is delivered by the Insured 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 Stamp Duty incurred by the Company in the issue of the Policy.

8. Alterations

The Company reserves the right to amend the terms and provisions of this Policy by giving a thirty (30) days prior notice in writing by ordinary post to the policyholder 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.

9. Claim Procedures

9.1 Events Leading To Claims

9.1.1 On the happening of any occurrence likely to give rise to a claim under this Policy, written notice shall be given to the Company's

Claims Department, Level 12 West Wing, The ICON, No 1 Jalan 1/68F Jalan Tun Razak, 55000 Kuala Lumpur as soon as possible and, in any event, within 30 days after the date of occurrence. The Company will then provide the Insured with forms for filing proof of claim.

9.1.2 Any documents or evidence required by the Company to verify the claim shall be provided by the Insured at his or her own expense. Any examination required by the Company to verify the claim will be at the Company's expense. The Company shall, in the event of the death of an Insured be entitled to have a post-mortem examination performed at its own expense where it is not prohibited by Law.

9.1.3. Failure to notify the Company within the time limit prescribed shall not invalidate the claim if it can be shown, to the Company's satisfaction that it is not reasonably possible to give such proof within the prescribed time limit for an otherwise legitimate claim.

9.1.4 RHB Insurance Bhd has the right to obtain further medical opinion for its approval on the claims submitted by the Insured. Claims approval shall depend on the confirmation of diagnosis by a Medical Practitioner appointed by RHB Insurance Berhad. The cost of seeking further medical opinion will be borne by RHB Insurance Berhad.

9.2 Incomplete Claims

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

9.3 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.

10. Misstatement of Age

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

11. Cyber Clause

It is hereby declared and agreed that the indemnity expressed in this Policy shall not apply to and specifically excludes losses of any kind directly or indirectly caused by, arising from, or consisting of, in whole or part:

- 11.1 the use or misuse of the Internet or similar facility
- 11.2 any electronic transmission of data or other information
- 11.3 any computer virus, worm, logic bomb, Trojan horse or similar problems
- 11.4 the use or misuse of any Internet address, Website or similar facility
- 11.5 any data or other information posted on a Website or similar facility
- 11.6 any loss of data or damage to any computer system, including but not limited to hardware or software
- 11.7 the functioning or malfunctioning of the Internet or similar facility, or of any Internet address, Website or similar facility
- 11.8 any infringement, whether intentional or unintentional, of any intellectual property rights (including but not limited to trademark, copyright or patent)

12. Interpretation

This Policy, including the enrolment form/proposal form, Policy Schedule, endorsements, and amendments if any, shall be read together as one contract and any word or expression to which a specific meaning has been attached shall, unless the context otherwise requires, bear that specific meaning wherever it may appear.

13. 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.

14. Legal Proceeding

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 shall fail to supply the requisite proof of loss as stipulated by the terms, provisions and conditions of the Policy, the Insured 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.

15. Change In Risk

The Insured 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.

16. Misstatement or Omission of Material Fact

If:

(a) any answer, disclosure or representation by the Insured, before this contract of insurance is entered into, varied or renewed, in or to any proposal or declaration or query, has been deliberately or recklessly stated in any respect; or

(b) before this contract of insurance is entered into, varied or renewed, the Insured has failed to disclose any fact the Insured knew to be relevant to the Company's decision on whether to accept this risk or not and the rates and the terms to be applied; or

(c) any claim made shall be fraudulent or exaggerated, or if any false declaration or statement shall be made in support of such claim.

then in any of the above cases, this Policy shall be void.

17. Governing Law

This Policy is issued under the laws of Malaysia and is subject and governed by the laws prevailing in Malaysia. The indemnity provided by this Policy shall not apply in respect of judgements which are not in the first instance delivered by or obtained from a Court of competent jurisdiction within Malaysia, nor to orders obtained in the said Court for the enforcement of judgement made outside Malaysia, whether by reciprocal agreements or otherwise.

18. Cash Before Cover

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 before cover commences.

19. 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 as notified by the Company.

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.

Premium Payable will increase with age, as indicated by the relevant Age Band for the plan purchased.

20. Renewal

It shall not be incumbent on the Company to give notice to the Insured. The premium for the renewal of this Policy shall be deemed to be due on the date on which this Policy expires. However, the Company shall remain liable for fourteen (14) days from expiry date of this Policy provided that by the last day of the said fourteen (14) days the renewal premium is actually paid unless the Company or the Insured had given notice that the Insurance would not be renewed. This Policy shall not in any event be renewable when the Insured attains the age of seventy (70) years

21. Condition Precedent to Liability

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

22. Arbitration

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

23. 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 Insured Person to give must be in writing and addressed to the Company. An Insured Person shall, at the Company's request and expense, submit to a medical examination whenever such is deemed necessary.

24. Renewal, Modification and Termination of Policy by the Company

The Company cannot unilaterally terminate the Policy during the period of insurance.

Upon the Policy anniversary date, the Company can renew the Policy at the same premium, renew the Policy at an increased premium, or not renew the Policy. If the Company retains the same premium rate table for the entire portfolio and if there has been no change to the inherent risk in the Insured, the Company may offer to renew the Policy at the same premium. The renewal may also lead to an increased premium, for example when the Insured moves into another age bracket according to the premium rates table.

The renewal premium payable is not guaranteed and the Company reserves the right to revise the premium rate applicable at the time of renewal, for example because of deterioration in the claims experience of the entire portfolio. Such changes, if any, shall be applicable to all new and renewal Policies regardless of their individual claim experience according to the company's risk assessment of the entire portfolio. The Company will serve notice of not less than thirty (30) days before the Policy anniversary date to the Insured of such changes. The possible conditions disclosed here are not exhaustive and premium rates may be reviewed under other justified circumstances.

At renewal, the Company reserves the right to review and modify the Policy terms and conditions, such as

to exclude a specific condition or disability which gave rise to a previous claim made by the Insured. Modifications may also include imposing premium loadings on the Policy for a previous claim that the Insured made, but such loadings shall not exceed 50% of the premium amount. Modifications may also be required as a result of a change in occupation or lifestyle resulting in a change in the risk profile of the Insured. Note that the possible circumstances that result in such modifications listed above are not exhaustive; other justified circumstances may also necessitate a modification to the Policy's terms and conditions. Should such a decision be made, the Company will serve notice of not less than thirty (30) days before the Policy anniversary date to the Insured together with reasons for the modification.

The Company reserves the right to decline renewal of the Policy. Should such a decision be made, reasons for non-renewal will be provided to the Insured and the Company will serve notice of not less than thirty (30) days before the Policy anniversary date. As an example, non-renewal may be as a result of a change in occupation or lifestyle resulting in a change in the risk profile of the Insured. Note that the possible circumstances that result in non-renewal as described are not exhaustive; other justified circumstances may also render the non-renewal of the Policy. However, the Company cannot decline to renew the Policy solely because the Insured had made a claim in the preceding year.

NOTICE TO POLICYHOLDER

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 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:

Complaints Handling Unit

RHB Insurance Berhad
Level 12B, West Wing, The Icon
No 1, Jalan 1/68F, Jalan Tun Razak,
55000 Kuala Lumpur
Tel: 1-300-220-007
Fax: 03-2163 7277
E-mail : complaints_unit@rhbinsurance.com.my

We will seek to respond to **Your** complaint within fourteen (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:

1. **Your** name, address and contact no.
2. Cover note no. / Policy no. / Claim no.

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

The Complaints Management Unit

Ombudsman for Financial Services (OFS)
Level 14, Main Block
Menara Takaful Malaysia
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman
50000 Kuala Lumpur
Tel: 03-2272 2811
Fax: 03-2272 1577
E-mail : enquiry@ofs.org.my
Website : www.ofs.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 the conduct of **Us** by writing to Bank Negara Malaysia 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
Website : www.insuranceinfo.com.my

POLISI INSURANS 'CRITICAL GUARD'

Polisi ini dikeluarkan sejajar dengan bayaran premium yang dinyatakan di dalam Jadual Polisi dan selaras dengan jawapan yang diberikan di dalam Borang Cadangan Pihak Diinsuranskan (atau semasa Pihak Diinsuranskan memohon untuk insurans ini) dan sebarang pendedahan lain yang dibuat oleh Pihak Diinsuranskan di antara waktu serahan Borang Cadangan Pihak Diinsuranskan (atau semasa Pihak Diinsuranskan memohon untuk insurans ini) dengan waktu kontrak ini dimeterai. Jawapan dan sebarang pendedahan lain yang Pihak Diinsuranskan berikan akan membentuk sebahagian daripada kontrak insurans di antara Pihak Diinsuranskan dan RHB INSURANCE BERHAD (selepas ini dirujuk sebagai "Syarikat"). Walau bagaimanapun, sekiranya terdapat sebarang salah nyata semasa pra-kontrak berhubung dengan jawapan Pihak Diinsuranskan atau di dalam sebarang pendedahan yang diberikan oleh Pihak Diinsuranskan, hanya remedi di dalam Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 akan diguna pakai.

Polisi ini menjelaskan terma dan syarat kontrak insurans sebagaimana dipersetujui oleh Pihak Diinsuranskan dan Syarikat.

Dengan Ini Polisi Ini Mempersaksikan bahawa jika semasa Tempoh Insurans, Pihak Diinsuranskan didiagnosis mengalami mana-mana penyakit kritikal yang dinyatakan di bahagian Definisi polisi ini, Syarikat akan, tertakluk kepada terma, peruntukan, pengecualian dan syarat-syarat dan pengendorsan kepada Polisi ini, membayar kepada Pihak Diinsuranskan atau wakil peribadi sah beliau Amaun Manfaat yang dinyatakan dalam Jadual Polisi ini.

TERTAKLUK sentiasa bahawa

- a. Pihak Diinsuranskan tidak akan dilindungi oleh lebih daripada satu **POLISI INSURANS CRITICAL GUARD**. Jika Pihak Diinsuranskan dilindungi di bawah lebih daripada satu polisi seumpamanya, Syarikat akan menganggap Pihak Diinsuranskan dilindungi di bawah Polisi yang memberi manfaat tertinggi. Apabila Manfaat di bawah polisi-polisi tersebut adalah serupa, Syarikat akan menganggap Pihak Diinsuranskan dilindungi di bawah polisi yang pertama dikeluarkan. Syarikat akan memulangkan sebarang bayaran premium insurans yang bertindih yang mungkin dibuat oleh atau bagi pihak Pihak Diinsuranskan.
- b. Orang yang layak untuk penyertaan:-
 - i. Kanak-kanak yang berumur di antara tiga puluh (30) hari dan tujuh belas (17) tahun (termasuk umur kedua-duanya) dan Pihak Diinsuranskan yang berumur di antara lapan belas (18) dan enam puluh (60) tahun (termasuk umur kedua-duanya) dan boleh diperbaharui sehingga berumur 70 tahun; dan
 - ii. Bebas daripada Kecacatan/Kekurangan Fizikal sebelum tarikh kuat kuasa insurans; dan
 - iii. Bebas daripada Penyakit/Ketidakupayaan dan/atau Keadaan Kongenital Sedia Ada seperti didefinisikan dalam bahagian Definisi polisi ini sebelum tarikh kuat kuasa insurans;
- c. Syarikat akan hanya membayar kepada Pihak Diinsuranskan atau wakil peribadi sah beliau jika syarat-syarat berikut telah dipenuhi:-
 - i. Pihak Diinsuranskan telah didiagnosis dan disahkan menghidap mana-mana Penyakit Kritikal seperti

yang didefinisikan dalam bahagian Definisi polisi ini; dan

- ii. Penyakit kritikal yang dihadapi oleh Pihak Diinsuranskan semasa tempoh perlindungan mestilah insiden pertama Penyakit Kritikal tersebut; dan
- iii. Diagnosis adalah selepas Tempoh Menunggu seperti didefinisikan dalam bahagian Definisi polisi ini dan;
- iv. Pihak Diinsuranskan melepasi tempoh hidup seperti didefinisikan dalam bahagian Definisi polisi ini.

DEFINISI

1. **Penginsurans atau Syarikat** bermaksud RHB Insurance Bhd.
2. **Tarikh kuat kuasa insurans** bermaksud tarikh di mana polisi insurans ini mula berkuatkuasa, seperti yang dinyatakan dalam Jadual Polisi.
3. **Jadual Polisi/Jadual Manfaat** bermaksud jadual, yang menyatakan nama Pihak Diinsuranskan, alamat, manfaat yang dilindungi, tarikh kuat kuasa insurans dan lain-lain maklumat Pihak Diinsuranskan yang dilampirkan kepada dan membentuk sebahagian daripada Polisi ini.
4. **Anda/Pencadang Pemegang Polisi/Pemegang Polisi/Pihak Diinsuranskan** bermaksud orang yang kepadanya Polisi dikeluarkan bagi melindungi orang yang dikenal pasti secara spesifik sebagai Pihak Diinsuranskan dalam Jadual Polisi atau sebarang semakan, pindaan atau pengendorsan di sini.
5. **Pihak Diinsuranskan** bermaksud seseorang yang dinyatakan di dalam Jadual Polisi termasuk anak beliau (jika berkenaan) atau sebarang semakan, pindaan atau pengendorsan di sini
6. **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.
7. **Kecederaan tubuh badan / Kejadian Kemalangan** bermakna kecederaan tubuh badan yang hanya disebabkan oleh kemalangan
8. **Penyakit, Kewabakan Atau Kesakitan** bermaksud keadaan fizikal yang ditandai oleh lencongan patologi berbanding keadaan kesihatan normal.
9. **Keadaan Sedia-Ada** bermaksud keadaan yang diketahui oleh Pihak Diinsuranskan. Pihak Diinsuranskan dianggap telah mengetahui tentang keadaan sedia ada di mana untuk keadaan tersebut:
 - (i) Pihak Diinsuranskan telah atau sedang menerima rawatan; atau
 - (ii) nasihat perubatan, diagnosis, penjagaan atau rawatan disarankan; atau
 - (iii) simptom yang jelas dan ketara telah atau sedang kelihatan; atau
 - (iv) kewujudannya jelas dan nyata pada orang biasa dalam keadaan tersebut
10. **Tempoh Menunggu** bermaksud 30 hari pertama antara bermulanya hilang upaya Pihak 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.

11. Tempoh Hidup bermaksud tempoh 30 hari dari dan termasuk tarikh diagnosis Penyakit Kritikal selepas Tempoh Menunggu Polisi Pihak Diinsuranskan .

12. Hilang Upaya bermaksud Penyakit, Kewabakan, Kesakitan atau keseluruhan Kecederaan yang timbul daripada satu atau beberapa siri penyebab.

13. 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 Pihak Diinsuranskan dilindungi secara berterusan di bawah Polisi ini.

14. Pengamal Perubatan atau Penasihat Perubatan atau Penasihat Pakar 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 pengamal perubatan, pakar perubatan atau penasihat pakar yang merupakan orang yang diinsuranskan itu sendiri.

15. Diagnosis bermaksud diagnosis muktamad yang dibuat oleh seorang Pengamal Perubatan berasaskan kepada bukti/laporan perubatan spesifik, seperti yang dirujuk di sini, dalam takrifan Penyakit Kritikal yang dilindungi atau jika tiada rujukan spesifik, berdasarkan kepada bukti radiologi, klinikal, histologi atau makmal yang boleh diterima oleh Syarikat. Segala bukti perubatan tersebut perlu diperolehi dengan perbelanjaan ditanggung oleh Pihak Diinsuranskan . Syarikat berhak untuk memanggil Pihak Diinsuranskan untuk menjalani pemeriksaan atau memeriksa bukti yang digunakan bagi mendapatkan diagnosis tersebut, melalui pakar bebas yang dikenali dalam bidang perubatan tersebut dan pendapat pakar tersebut mengenai diagnosis itu adalah dianggap mengikat ke atas kedua-dua Pihak Diinsuranskan dan Syarikat.

16. Tidak Boleh Pulih bermaksud tidak boleh dipulihkan dengan sewajarnya oleh rawatan perubatan dan/atau prosedur pembedahan yang konsisten dengan piawaian semasa perkhidmatan perubatan yang boleh didapati di Malaysia.

17. Kekal bermaksud dijangka untuk kekal seumur hidup Pihak Diinsuranskan.

18. Defisit neurologi kekal dengan simptom klinikal berterusan bermaksud simptom disfungsi dalam sistem saraf yang didapati semasa pemeriksaan klinikal dan dijangka kekal seumur hidup Pihak Diinsuranskan. Simptom-simpptom yang dilindungi termasuk kebas, lumpuh, kelemahan setempat, dysarthria (kesukaran bertutur), aphasia (ketidakupayaan bertutur), dysphagia (kesukaran menelan), kecacatan visual, kesukaran berjalan, kekurangan koordinasi, tremor, sawan, demensia, delirium dan koma.

19. Aktiviti Kehidupan Harian (ADL) adalah seperti berikut:

(i) **Pemindahan**

Duduk dan bangun dari kerusi tanpa memerlukan bantuan fizikal.

(ii) **Pergerakan**

Keupayaan untuk bergerak dari satu bilik ke bilik yang lain tanpa memerlukan bantuan fizikal.

(iii) **Perihal Mengawal**

Keupayaan untuk mengawal fungsi usus dan pundi kencing secara sendirinya seperti menjaga kebersihan diri.

(iv) **Pemakaian**

Memakai dan menanggalkan kesemua pakaian yang perlu tanpa memerlukan bantuan orang lain.

(v) **Mandi/ Membersihkan diri**

Keupayaan untuk membersihkan diri di tempat mandi tab atau mandi pancuran (termasuk memasuki dan keluar dari tempat mandi tab atau mandi pancuran) atau membersihkan diri dengan cara yang lain.

(vi) **Makan**

Kesemua tugas memasukkan makanan ke dalam badan apabila makanan telah disediakan.

20. Tempoh Penilaian bermaksud tempoh yang mana syarikat insurans akan menilai keadaan sebelum menentukan samada keadaan tersebut layak atau tidak dikira sebagai kekal. Tempoh penilaian adalah untuk jangka masa tempoh minimum yang dinyatakan dalam definisi yang berkaitan dan tidak akan lebih daripada dua belas (12) bulan (dengan syarat segala bukti yang diperlukan telah diserahkan).

21. Penyakit Kritikal bermaksud sebarang ketidakupayaan/penyakit yang ditakrifkan di bawah:-

1. Strok/Angin Ahmar – mengakibatkan defisit neurologi kekal dengan simptom-simpptom klinikal berterusan

Kematian tisu otak akibat bekalan darah yang tidak cukup, pendarahan dalam tengkorak atau embolisasi dari satu sumber selain dari kranium yang mengakibatkan defisit neurologi kekal dengan simptom klinikal berterusan. Diagnosis ini mesti berdasarkan kepada perubahan yang boleh dilihat pada imbasan CT atau MRI dan disahkan oleh seorang pakar neurologi. Tempoh Penilaian minimum selama tiga (3) bulan adalah digunapakai. Untuk definisi di atas, berikut adalah tidak dilindungi:

(i) Serangan iskemia sementara (TIA)

(ii) Simptom-simpptom serebral yang disebabkan oleh migrain

(iii) Kecederaan traumatik pada tisu otak atau salur-salur darah

(iv) Penyakit vaskular yang memberi kesan terhadap mata atau saraf optic atau fungsi-fungsi vestibular.

2. Serangan Jantung – keterukan tertentu

Kematian otot jantung, disebabkan oleh kekurangan bekalan darah yang telah menyebabkan infarksi miokardium akut dengan semua bukti berikut: Sejarah sakit dada tipikal;

- (i) Perubahan ciri baru elektrokardiografik; dengan pembentukan salah satu daripada yang berikut: peningkatan atau penurunan ST, penyonsangan (inversi) gelombang T, patologi gelombang Q atau blok cabang berkas kiri; dan
- (ii) Peningkatan petunjuk kardiium, termasuk CPK-MB melebihi tahap normal makmal yang diterima secara umum atau Troponin yang direkodkan berada di peringkat berikut atau lebih tinggi:
 - Troponin T Kardiium atau Troponin I Kardiium $> / = 0.5 \text{ ng/ml}$

Bukti mesti menunjukkan kejadian infarksi miokardium akut adalah pasti, yang mana seharusnya disahkan oleh pakar kardiologi atau pakar perubatan.

Untuk definisi di atas, berikut adalah tidak dilindungi:

- kejadian sindrom koronari akut termasuk tetapi tidak terhad kepada angina tidak stabil.
- peningkatan petunjuk kardiium akibat daripada prosedur perkutaneus untuk penyakit arteri koronari.

3. Kegagalan Buah Pinggang – memerlukan dialisis atau transplan buah pinggang

Kegagalan buah pinggang peringkat akhir yang dikemukakan sebagai kegagalan kronik tidak boleh pulih pada kedua-dua buah pinggang untuk berfungsi, yang mengakibatkan dialisis secara berkala dimulakan atau transplan buah pinggang perlu dijalankan.

4. Kanser – keterukan tertentu dan tidak melindungi kanser tahap awal

Sebarang tumor malignan yang didiagnos positif dengan pengesahan histologi dan bercirikan pertumbuhan sel malignan yang tidak terkawal dan serangan tisu. Terma tumor malignan termasuk leukimia, limfoma dan sarcoma.

Untuk definisi di atas, berikut adalah tidak dilindungi:

- (i) Semua kanser yang secara histologinya diklasifikasikan sebagai berikut:
 - pra-malignan
 - bukan invasive
 - karsinoma in situ
 - mempunyai malignan pinggiran (borderline)
 - mempunyai potensi malignan
- (ii) Semua tumor prostat yang secara histologinya diklasifikasikan sebagai T1N0M0 (Klasifikasi TNM)
- (iii) Semua tumor tiroid yang secara histologinya diklasifikasikan sebagai T1N0M0 (Klasifikasi TNM)
- (iv) Semua tumor pundi kencing yang secara histologinya diklasifikasikan sebagai T1N0M0 (Klasifikasi TNM)
- (v) Leukemia Limfositik Kronik kurang daripada RAI Tahap 3
- (vi) Semua kanser dengan kewujudan HIV
- (vii) Sebarang kanser kulit selain melanoma malignan

5. Penyakit Arteri Koronari

i) Pembedahan Pintasan Arteri Koronari

Merujuk kepada pembedahan bukaan dada sebenar untuk memulihkan atau merawat Penyakit Arteri Koronari (CAD) dengan cara cantuman pintasan arteri koronari.

Untuk definisi di atas, berikut adalah tidak dilindungi:

- (i) angioplasti;
- (ii) teknik intra-arteri yang lain atau teknik berasaskan kateter;
- (iii) prosedur lubang kunci (keyhole);
- (iv) prosedur laser.

ii) Penyakit Arteri Koronari Serius

Penyempitan lumen bagi Arteri Koronari Kanan (RCA), Anterior Kiri Arteri Menurun (LAD) dan Arteri Sirkumfleks (tidak termasuk cabang-cabang), berlaku pada masa yang sama dengan minimum enam puluh peratus (60%) dalam setiap arteri seperti yang dibuktikan oleh arteriografi koronari (prosedur diagnostik bukan invasif adalah tidak dilindungi). Penyempitan sebanyak enam puluh peratus (60%) atau lebih pada Stem Utama Kiri akan dianggap sebagai penyempitan Anterior Kiri Arteri Menurun (LAD) dan Arteri Sirkumfleks. Kejadian yang dilindungi akan dibayar tidak mengira samada sebarang bentuk pembedahan arteri koronari telah dijalankan atau tidak.

iii) Angioplasti dan rawatan invasif lain untuk penyakit arteri koronari

Menjalani Angioplasti Belon Arteri Koronari, arterektomi, rawatan laser atau memasukkan sten buat pertama kali untuk membetulkan satu atau lebih arteri koronari yang sempit atau tersumbat seperti yang dibuktikan oleh angiografi.

Prosedur penyiasatan intra-arteri adalah tidak dilindungi. Pembayaran di bawah klausa ini adalah terhad kepada sepuluh peratus (10%) daripada perlindungan Penyakit Kritikal di bawah polisi ini tertakluk kepada jumlah maksimum RM25,000. Kejadian yang dilindungi akan dibayar sekali sahaja dan akan ditolak daripada amaun Kontrak ini, sekali gus mengurangkan amaun Bayaran Sekaligus yang boleh dibayar.

6. Kegagalan Hati Tahap Akhir

Kegagalan hati tahap akhir dibuktikan oleh semua yang berikut:

- Jaundis kekal;
- Asites (lebih cecair dalam kaviti peritoneal); dan
- Ensefalopati hepatic.

Kegagalan hati berpunca dari alkohol atau penyalahgunaan dadah adalah tidak dilindungi.

7. Hepatitis Viral Fulminan

Nekrosis (kematian tisu hati) yang separa besar (sub-masif) kepada besar (masif) yang disebabkan oleh sebarang virus seperti yang dibuktikan oleh semua kriteria diagnostik yang berikut:

- (i) Penyusutan saiz hati dengan pantas seperti yang disahkan oleh ultrasound abdomen;
- (ii) Nekrosis (kematian tisu) melibatkan keseluruhan lobula, meninggalkan hanya satu rangka retikulum;
- (iii) Ujian kefungsi hati yang semakin merosot; dan
- (iv) Jaundis yang semakin mendalam.

Jangkitan viral hepatitis atau status pembawa sahaja (termasuk tetapi tidak terhad kepada Hepatitis B dan Hepatitis C) tanpa kriteria diagnostik di atas adalah tidak dilindungi.

8. Koma – mengakibatkan defisit neurologi kekal dengan simptom klinikal yang berterusan

Keadaan tidak sedar diri tanpa sebarang gerak balas atau tindak balas terhadap rangsangan luar atau keperluan dalaman, yang berterusan untuk sekurang-kurangnya sembilan puluh enam (96) jam, memerlukan penggunaan sistem sokongan hayat dan mengakibatkan defisit neurologi kekal dengan simptom klinikal berterusan. Tempoh Penilaian minimum selama tiga puluh (30) hari adalah digunapakai. Pengesahan oleh pakar neurologi mesti dikemukakan.

Berikut adalah tidak dilindungi:

- (i) Koma diakibatkan langsung daripada penyalahgunaan alkohol atau dadah.

9. Tumor Otak Benign – keterukan tertentu

Tumor benign dalam otak atau meninges dalam tengkorak, di mana semua keadaan berikut dipenuhi:

- (i) Ia mengancam nyawa;
- (ii) Ia menyebabkan kerosakan otak;
- (iii) Ia telah dibuang secara pembedahan ataupun ia telah menyebabkan defisit neurologi yang kekal dengan simptom klinikal berterusan; dan
- (iv) Kewujudannya mesti disahkan oleh pakar neurologi atau pakar bedah neurologi dan disokong oleh imbasan MRI, CT atau teknik-teknik pengimejan lain yang boleh dipercayai.

Berikut adalah tidak dilindungi:

- (i) Sista
- (ii) Granuloma
- (iii) Kecacatan dalam atau pada arteri atau vena otak
- (iv) Hematoma
- (v) Tumor di dalam kelenjar pituitary
- (vi) Tumor di dalam tulang belakang
- (vii) Tumor saraf akustik.

10. Kelumpuhan Anggota

Hilang penggunaan penuh, kekal dan tidak boleh pulih kedua-dua tangan atau kedua-dua kaki, atau satu tangan dan satu kaki, akibat lumpuh disebabkan oleh penyakit atau kecederaan. Tempoh Penilaian minimum selama enam (6) bulan adalah digunapakai.

11. Buta – Kekal dan Tidak boleh Pulih

Kehilangan penglihatan kekal dan tidak boleh pulih akibat kemalangan atau penyakit sehingga suatu tahap apabila diuji menggunakan alat bantuan penglihatan, penglihatan diukur pada 3/60 atau

lebih teruk untuk kedua-dua belah mata menggunakan carta mata Snellen atau ujian yang setara dan keputusan tersebut mestilah disahkan oleh pakar oftalmologi.

12. Pekak – Kekal dan Tidak boleh pulih

Hilang Upaya mendengar secara kekal dan tidak boleh pulih akibat kemalangan atau penyakit sehingga suatu tahap kehilangan yang lebih daripada 80 desibel merentasi semua frekuensi pendengaran pada kedua-dua belah telinga. Bukti perubatan di dalam bentuk keputusan ujian audiometri dan ujian ambang bunyi mesti disediakan dan disahkan oleh pakar Telinga, Hidung dan Tekak (ENT).

13. Kelecuran Tahap Ketiga – keterukan tertentu

Lecuran kulit tahap ketiga (iaitu ketebalan penuh) meliputi sekurang-kurangnya dua puluh peratus (20%) daripada jumlah kawasan permukaan badan.

14. Jangkitan HIV Melalui Transfusi Darah

Jangkitan Virus Kurang Daya Tahan Manusia (HIV) melalui transfusi darah, dengan syarat semua keadaan berikut dipenuhi:

- (i) Transfusi darah adalah keperluan dari segi perubatan atau diberi sebagai sebahagian daripada rawatan perubatan;
- (ii) Transfusi darah adalah diterima di Malaysia atau Singapura selepas kuatkuasa polisi;
- (iii) Sumber jangkitan adalah didapati daripada institusi yang memberikan transfusi darah atau institusi yang boleh mengesan punca darah yang dicemari HIV;
- (iv) Pihak Diinsuranskan tidak menghidap hemofilia; dan
- (v) Pihak Diinsuranskan bukan ahli mana-mana kumpulan berisiko tinggi termasuk tetapi tidak terhad kepada pengguna dadah intravena.

15. Penyakit Paru-paru Tahap Akhir

Penyakit paru-paru tahap akhir yang menyebabkan kegagalan pernafasan kronik. Semua kriteria berikut mestilah dipenuhi:

- (i) Keperluan rawatan oksigen berkala secara kekal;
- (ii) Gangguan kekal pada fungsi paru-paru dengan isi padu Ekspirasi Paksa (FEV) yang konsisten kurang daripada satu (1) liter pada saat pertama;
- (iii) Sesak nafas dalam keadaan rehat; dan
- (iv) Analisis Asas Gas Darah Arteri dengan tekanan oksigen separa sebanyak 55mmHg atau kurang.

16. Ensefalitis – mengakibatkan ketidakupayaan kekal untuk melakukan Aktiviti Kehidupan Harian

Keradangan teruk bahan otak, mengakibatkan kecacatan fungsian kekal. Kecacatan fungsian kekal mesti mengakibatkan ketidakupayaan untuk melakukan sekurang-kurangnya tiga (3) Aktiviti Kehidupan Harian. Tempoh Penilaian minimum selama tiga puluh (30) hari adalah digunapakai. Kejadian yang dilindungi mestilah disahkan oleh pakar neurologi.

Ensefalitis dengan kewujudan jangkitan HIV adalah tidak dilindungi.

17. Transplan Organ Utama/Sumsum Tulang

Penerimaan transplan seperti berikut:

- Sumsu tulang manusia menggunakan sel stem hematopoietik didahului dengan ablasi sumsum tulang menyeluruh; atau
- Salah satu daripada organ-organ manusia berikut: jantung, paru-paru, hati, buah pinggang, pankreas yang tidak dapat dipulihkan akibat kegagalan tahap akhir organ yang berkenaan.

Lain-lain pemindahan sel stem adalah tidak dilindungi.

18. Hilang Keupayaan Bertutur

Hilang keupayaan bertutur sepenuhnya, berkekalan dan tidak boleh pulih disebabkan oleh kecederaan atau penyakit. Tempoh Penilaian minimum selama enam (6) bulan adalah digunapakai. Bukti perubatan untuk mengesahkan kecederaan atau penyakit kepada peti suara untuk menyokong kehilangan upaya ini mesti diberikan oleh pakar Telinga, Hidung dan Tekak (ENT).

Semua sebab yang berkaitan psikiatrik adalah tidak dilindungi.

19. Poliomieltis

Diagnosis tanpa ragu oleh Pakar Neurologi mengenai jangkitan Virus Polio yang menyebabkan penyakit lumpuh seperti yang dibuktikan oleh kecacatan fungsi motor atau kelemahan pernafasan. Kes-kes yang tidak melibatkan kelumpuhan tidak layak untuk manfaat. Sebab-sebab lain lumpuh (seperti Sindrom Guillain-Barre Syndrome) dikecualikan secara spesifik.

20. Pembedahan Injap Jantung

Menjalani pembedahan jantung terbuka untuk menggantikan atau memperbaiki injap jantung disebabkan oleh kecacatan atau keabnormalan injap jantung.

Untuk definisi di atas, berikut adalah tidak dilindungi:

- (i) Pembaikan menerusi prosedur intra-arteri
- (ii) Pembaikan menerusi pembedahan lubang kunci atau lain-lain teknik yang serupa.

21. Penyakit Terminal (Membawa Maut)

Diagnosis muktamad sesuatu keadaan yang dijangka mengakibatkan kematian Pihak Diinsuranskan dalam tempoh 12 bulan. Pihak Diinsuranskan mestilah tidak lagi menerima rawatan aktif selain daripada untuk melegakan kesakitan. Diagnosis ini mestilah disokong dengan pengesahan bertulis daripada doktor pakar yang bersesuaian dan disahkan oleh doktor yang dilantik oleh Syarikat.

22. Kehilangan upaya hidup sendiri (berdikari)

Pengesahan oleh pakar yang bersesuaian mengenai kehilangan upaya untuk hidup berdikari dan mengakibatkan ketidakupayaan kekal untuk melakukan sekurang-kurangnya tiga (3) daripada Aktiviti Kehidupan Harian. Tempoh Penilaian minimum selama enam (6) bulan adalah digunapakai.

23. Penyakit Sistik Medular

Penyakit buah pinggang keturunan yang progresif dicirikan oleh kewujudan sista dalam medula, atrofi tubular dan fibrosis interstitial dengan manifestasi klinikal seperti anemia, poliuria dan kehilangan

natrium dari ginjal, yang menyebabkan kegagalan ginjal kronik. Diagnosis mestilah disokong oleh biopsi ginjal.

24. Meningitis Bakteria – mengakibatkan ketidakupayaan kekal untuk melakukan Aktiviti Kehidupan Harian

Meningitis bakteria yang menyebabkan radang pada membran-membran otak atau saraf tunjang yang mengakibatkan kerosakan fungsi kekal. Kerosakan fungsi kekal mesti menyebabkan ketidakupayaan kekal untuk menjalankan sekurang-kurangnya tiga (3) daripada Aktiviti Kehidupan Harian. Tempoh Penilaian minimum selama tiga puluh (30) hari adalah digunapakai.

Diagnosis hendaklah disahkan oleh:

- (i) seorang doktor pakar yang bersesuaian; dan
- (ii) kehadiran jangkitan kuman (bakteria) di dalam cecair serebrospina oleh punktur lumbar.

Untuk definisi di atas, lain-lain bentuk meningitis, termasuk meningitis viral adalah tidak dilindungi.

25. Trauma Kepala Major (teruk) – mengakibatkan ketidakupayaan kekal untuk melakukan Aktiviti Kehidupan Harian

Kecederaan fizikal di kepala yang mengakibatkan kerosakan kekal terhadap fungsian yang disahkan oleh pakar neurologi. Kerosakan kekal fungsian mesti menyebabkan ketidakupayaan untuk menjalankan sekurang-kurangnya tiga (3) daripada Aktiviti Kehidupan Harian. Tempoh Penilaian minimum selama tiga (3) bulan digunapakai.

26. Kardiomiopati – keterukan tertentu

Diagnosis muktamad kardiomiopati oleh pakar kardiologi yang menyebabkan kerosakan fungsi ventrikel kekal dan menyebabkan kerosakan fizikal kekal pada sekurang-kurangnya klasifikasi kelas III Persatuan Jantung New York (NYHA) mengenai kerosakan jantung. Diagnosis hendaklah disokong oleh hasil penemuan ekokardiografik untuk prestasi ventrikel yang dikompromi.

Klasifikasi NYHA bagi Kerosakan Jantung untuk Kelas III dan Kelas IV bermaksud seperti berikut:

Kelas III: Aktiviti fizikal yang terhad. Selesa ketika rehat, tetapi aktiviti yang kurang daripada kebiasaan akan menyebabkan simptom-simptom.

Kelas IV: Tidak boleh terlibat dalam apa jua aktiviti fizikal tanpa merasa tidak selesa. Simptom-simptom mungkin muncul walaupun ketika rehat.

Kardiomiopati yang berkait langsung dengan penyalahgunaan alkohol atau dadah adalah tidak dilindungi.

27. Anemia Aplastik Kronik – mengakibatkan Kegagalan Kekal Sumsum Tulang

Kegagalan kekal dan tidak boleh pulih sumsum tulang yang menyebabkan anemia, neutropenia dan trombositopenia memerlukan sekurang-kurangnya dua (2) daripada rawatan berikut:

- (i) Tranfusi produk darah berkala;
- (ii) Agen perangsang sumsum;
- (iii) Agen immunosupresif; atau
- (iv) Transplan sumsum tulang.

Diagnosis mesti disahkan oleh biopsi sumsum tulang.

28. Penyakit Neuron Motor – defisit neurologi kekal dengan simptom klinikal berterusan

Diagnosis muktamad penyakit neuron motor oleh pakar neurologi dengan merujuk kepada atrofi otot tulang belakang, bulbar palsy progresif, sclerosis amiotrofik lateral atau sclerosis lateral utama. Mesti ada kekurangan neurologi kekal bersama dengan simptom klinikal berterusan.

29. Penyakit Parkinson – mengakibatkan ketidakupayaan kekal untuk melakukan Aktiviti Kehidupan Harian

Diagnosis muktamad Penyakit Parkinson oleh pakar neurologi di mana semua keadaan berikut dipenuhi:

- (i) Tidak boleh dikawal dengan ubat-ubatan;
- (ii) Menunjukkan tanda-tanda kemerosotan progresif; dan
- (iii) Pengesahan ketidakupayaan kekal Pihak Diinsuranskan untuk melakukan tiga (3) atau lebih daripada Aktiviti Kehidupan Harian tanpa bantuan.

Hanya penyakit Parkinson idiopatik sahaja yang dilindungi. Parkinson yang disebabkan oleh ubat-ubatan atau toksik adalah tidak dilindungi.

30. Penyakit Alzheimer / Demensia Teruk

Kemerosotan atau hilang keupayaan intelektual yang disahkan dengan penilaian klinikal dan ujian imej diakibatkan oleh Penyakit Alzheimer atau Dementia Teruk yang disebabkan oleh kecelaruan otak organik yang tidak boleh pulih. Kejadian yang dilindungi ini mesti mengakibatkan pengurangan ketara fungsi mental dan sosial yang memerlukan pengawasan berterusan ke atas Pihak Diinsuranskan. Diagnosis mesti disahkan secara klinikal oleh pakar neurologi.

Berdasarkan definisi di atas, berikut adalah tidak dilindungi:

- (i) Kecelaruan otak bukan organik seperti neurosis
- (ii) Penyakit psikiatrik
- (iii) Kerosakan otak berkaitan dadah atau alkohol.

31. Sindrom Apalik

Nekrosis menyeluruh korteks otak, dengan batang otak masih kekal. Diagnosis yang jelas mestilah disahkan oleh Pakar Neurologi. Diagnosis mestilah direkodkan secara perubatan selama sekurang-kurangnya satu (1) bulan.

32. Distrofi Otot

Diagnosis muktamad Distrofi Otot oleh pakar neurologi dan mesti disokong oleh kesemua berikut:

- (i) Penampilan klinikal kelemahan otot yang progresif
- (ii) Tiada penglibatan saraf tengah / periferal sebagai bukti untuk kehilangan gangguan sensor
- (iii) Hasil penemuan ciri-ciri elektromiogram dan biopsi otot.

Tiada manfaat akan dibayar di bawah Peristiwa Dilindungi sebelum Pihak Diinsuranskan mencapai umur 12 tahun tarikh lahir berikutnya.

33. Pembedahan Aorta

Menjalani pembedahan menerusi torakotomi atau laparotomi (pembedahan bukaan dada atau abdomen) untuk membetulkan aneurisme aorta, sekatan aorta atau pembelahan aorta. Untuk definisi ini, aorta hendaklah bermaksud aorta di bahagian dada dan abdomen tetapi bukan cabangnya.

Untuk definisi di atas, berikut adalah tidak dilindungi:

- (i) angioplasti;
- (ii) lain-lain kaedah intra-arteri atau teknik berasaskan kateter;
- (iii) prosedur lubang kunci yang lain;
- (iv) prosedur laser.

34. Sklerosis Multipel

Diagnosis muktamad sklerosis multipel oleh pakar neurologi. Diagnosis mestilah disokong oleh semua perkara berikut:

- Siasatan yang mengesahkan bahawa diagnosis adalah Sklerosis Multipel;
- Defisit neurologi berbilang yang menyebabkan kecacatan fungsi motor dan deria untuk tempoh yang berterusan sekurang-kurangnya enam (6) bulan; dan
- Sejarah eksaserbasi dan peredaan bagi simptom-simptom yang disebut dan defisit neurologi yang didokumenkan dengan baik.

35. Hipertensi Arteri Pulmonari Primer – keterukan tertentu

Diagnosis muktamad hipertensi pulmonari primer dengan pembesaran ketara ventrikel kanan yang ditentukan menerusi penyiasatan termasuk kateter jantung, yang menyebabkan kecacatan fizikal kekal sehingga tahap sekurang-kurangnya klasifikasi Kelas III Persatuan Jantung New York (NYHA) bagi kerosakan jantung.

Hipertensi arteri pulmonari disebabkan oleh sebab-sebab lain adalah dikecualikan daripada manfaat ini. Klasifikasi NYHA bagi Kerosakan Jantung untuk Kelas III dan Kelas IV bermaksud seperti berikut:

Kelas III: Aktiviti fizikal yang terhad. Selesa ketika rehat, tetapi aktiviti yang kurang daripada kebiasaan akan menyebabkan simptom-simptom.

Kelas IV: Tidak boleh terlibat dalam apa jua aktiviti fizikal tanpa merasa tidak selesa. Simptom-simptom mungkin muncul walaupun ketika rehat.

36. Lupus Eritematosus Sistemik Dengan Komplikasi Buah Pinggang Yang Teruk

Diagnosis muktamad Lupus Eritematosus Sistemik yang disahkan oleh pakar reumatologi.

Untuk definisi ini, kejadian yang dilindungi akan dibayar jika ia mengakibatkan Lupus Nefritis Jenis III hingga Jenis V, yang dibuktikan oleh biopsi ginjal. Bentuk lain seperti lupus diskoid, atau jenis lain dengan hematologi atau penglibatan sendi sahaja adalah tidak dilindungi.

Klasifikasi Lupus oleh WHO:-

Jenis III - Glomerulonefritis Segmen Fokus

Jenis IV - Glomerulonefritis Resap

Jenis V - Glomerulonefritis

MANFAAT

1. Manfaat Penyakit Kritikal

Syarikat akan membayar Jumlah Diinsuranskan seperti dinyatakan di dalam jadual polisi jika Pihak Diinsuranskan didiagnosis mengidap mana-mana Penyakit Kritikal yang dilindungi. Polisi ini akan dibatalkan bila jumlah diinsurans telah dibayar sepenuhnya.

2. Manfaat Kesetiaan

Syarikat akan menaikkan Jumlah Prinsipal Diinsuranskan yang dinyatakan di dalam Jadual Polisi sebanyak 10% setiap tahun sehingga maksimum 50% daripada Jumlah Prinsipal Diinsuranskan yang dengan syarat :

- a) Pembaharuan tersebut berterusan dan Polisi ini tidak dibenarkan luput pada mana-mana satu tahun dan
- b) Tiada tuntutan dibuat dibawah Polisi

3. Bayaran Tambahan 10%

Bayaran tambahan 10% daripada Jumlah Prinsipal Diinsuranskan akan dibayar kepada Pihak Diinsuranskan jika Pihak Diinsuranskan telah didiagnosis dengan penyakit kritikal berikut:-

Untuk Lelaki – Kanser Kolon, Kanser Prostat, Kanser Hati, Kanser Buah Zakar, Kanser Nasal dan Kardiomiopati

Untuk Perempuan - Kanser Payudara, Kanser Ovari, Kanser Rahim, Kanser Tiub Falopio, Kanser Serviks dan Kardiomiopati..

PENGECUALIAN

Syarikat tidak akan bertanggungjawab terhadap mana-mana Penyakit Kritikal secara langsung atau tidak langsung berpunca dari atau disebabkan oleh berikut: -

1. Sebarang penyakit / kurang upaya sedia-ada atau Keadaan Kongenital seperti yang ditakrifkan dalam bahagian Definisi polisi ini.
2. Sebarang keadaan berpunca daripada penggunaan, kewujudan atau pelepasan bahan senjata nuklear atau radiasi terion dari atau pencemaran radioaktif daripada bahanapi nuklear atau bahan buangan nuklear atau pembakaran bahan api nuklear.
3. Gila, mencederakan diri sendiri dengan sengaja, bunuh diri atau sebarang percubaan melakukannya sama ada semasa waras atau tidak waras.
4. Penyakit Kritikal didiagnosis semasa Tempoh Menunggu seperti ditakrifkan dalam bahagian Definisi polisi ini kecuali mengalami Hilang Upaya Keseluruhan dan Kekal yang timbul daripada kemalangan.
5. Penyakit / Ketidakupayaan berpunca daripada Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit (AIDS), komplikasi berkaitan AIDS atau jangkitan oleh Virus Kurang Daya Tahan Penyakit Manusia (HIV) kecuali keadaan atau penyakit atau jangkitan timbul daripada pemindahan darah.
6. Sebarang tindakan pengganas
Adalah dipersetujui bahawa, tanpa mengambilkira sebarang penyebab, Polisi ini tidak melindungi sebarang kerugian di dalam apa jua cara yang disebabkan atau berpunca daripada tindakan

pengganas yang melibatkan penggunaan atau ancaman sebarang senjata atau peralatan nuklear atau agen biologi. Untuk tujuan pengecualian ini, tindakan pengganas bermaksud tindakan yang termasuk tetapi tidak terhad kepada penggunaan keganasan dan/atau ancaman, oleh mana-mana individu atau berkumpulan, sama ada bertindak bersendirian atau bagi pihak atau berkaitan dengan mana-mana organisasi atau kerajaan, komited untuk tujuan politik, keagamaan atau ideologi atau tujuan seumpamanya termasuk dengan niat untuk mempengaruhi mana-mana kerajaan dan/atau untuk meletakkan masyarakat awam atau mana-mana bahagian masyarakat tertentu dalam ketakutan.

Ia juga tidak merangkumi kerugian, pampasan, kos atau perbelanjaan di dalam apa jua bentuk yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung oleh, berpunca dari atau berkaitan dengan sebarang tindakan yang diambil untuk mengawal, mencegah, membanteras atau berkait di dalam apa jua cara dengan di atas.

Jika Syarikat mengatakan bahawa atas sebab pengecualian ini, sebarang kerugian, pampasan, kos atau perbelanjaan tidak dilindungi oleh polisi ini, maka Pihak Diinsuranskan bertanggungjawab untuk membuktikan ia adalah sebaliknya. Jika berlaku keadaan mana-mana bahagian daripada pengecualian ini didapati tidak sah atau tidak boleh dikuat kuasakan, semua bahagian lain masih kekal berkuat kuasa dan dilaksanakan.

7. Pencemaran nuklear atau kimia, peperangan, serangan, tindakan musuh asing (sama ada perang diisytiharkan atau tidak), perang saudara, pemberontakan, revolusi, penglibatan langsung di dalam rusuhan, mogok atau kekecohan awam, kebangkitan pihak tentera atau kuasa lain, atau bertugas secara aktif di dalam mana-mana angkatan tentera.
8. Melahirkan anak, keguguran, kehamilan atau menggugurkan kandungan.
9. Intoksikasi alkohol (selain daripada yang dipreskripsikan oleh Pengamal Perubatan layak dan berdaftar). Sebagai tambahan kepada pengecualian di atas, Syarikat tidak akan membayar manfaat untuk sebarang tuntutan yang timbul daripada kecederaan tubuh badan akibat kemalangan oleh Pihak Diinsuranskan .
10. Ia adalah syarat mutlak dan syarat terdahulu kepada liabiliti Penginsurans, bahawa mana-mana Pihak Diinsuranskan yang dilindungi di bawah Polisi ini tidak, dalam apa jua cara, secara langsung atau tidak langsung terlibat di dalam pekerjaan/tanggungjawab yang di bawah;
 - 10.1 Anggota Tentera Udara, Polis, Pengawal Keselamatan, Tentera Laut, Tentera Darat/Militari dan pegawai penguatkuasaan undang-undang
 - 10.2 Penguji Pesawat, Juruterbang atau Krew Kapal Terbang
 - 10.3 Penyelam
 - 10.4 Pemandu Perlumbaan
 - 10.5 Joki
 - 10.6 Orang yang terlibat di dalam aktiviti sukan profesional

- 10.7 Orang yang terlibat di dalam perlombongan dan penerowongan bawah tanah
 - 10.8 Ahli Bomba
 - 10.9 Kelasi dan nelayan laut
 - 10.10 Wartawan Perang
 - 10.11 Pekerja pelantar minyak
 - 10.12 Orang yang terlibat dengan lumba kuda
 - 10.13 Pekerja dok
 - 10.14 Orang yang terlibat di dalam perobohan bangunan
 - 10.15 Orang yang terlibat di dalam perkhidmatan ambulans
 - 10.16 Pembalok, pekerja pembalakan, pemandu/kelindan lori balak dan mesin takal
 - 10.17 Jurumesin Kerja Kayu
 - 10.18 Pengendali bahan letupan
- Penginsurans berhak sepenuhnya untuk menolak perlindungan kepada mana-mana Pihak Diinsuranskan walaupun jika Pihak Diinsuranskan tidak terlibat di dalam mana-mana pekerjaan yang dinyatakan di atas
- 11. Semasa memburu, hoki ais, bermain polo, perlumbaan berhalangan, sukan musim sejuk, perahu layar, lompatan ski air, aktiviti bawah air yang melibatkan penggunaan peralatan pernafasan dalam air lengkap atau menggunakan jentera perkayuan dengan kuasa mekanikal, perlumbaan (selain perlumbaan kaki), penetapan kelajuan atau terlibat di dalam sebarang ujian kelajuan atau percubaan kebolehppercayaan dan luncur udara.
 - 12. Semasa dalam perjalanan menggunakan kapal terbang sebagai krew, melainkan sebagai penumpang yang membayar tambang dalam kapal terbang yang dilesenkan untuk membawa penumpang. Untuk tujuan pengecualian ini, Diinsuranskan tidak akan dilindungi jika beliau terlibat di dalam operasi teknikal atau navigasi semasa berada di dalam kapal terbang.
 - 13. Semasa menyertai, berlatih atau mengambil bahagian di dalam sebarang sukan sebagai profesional.
 - 14. Semasa menyalahi atau cuba menyalahi undang-undang atau menentang penahanan yang sah di sisi undang-undang.
 - 15. Kecacatan/Kekurangan Fizikal sebelum tarikh kuat kuasa insurans.

SYARAT AM

1. Kenyataan Selaras Dengan Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013

Jika Pihak Diinsuranskan memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri mereka/keluarga mereka/tanggungannya mereka, Pihak Diinsuranskan mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak melakukan salah nyata sewaktu menjawab soalan-soalan di dalam Borang Cadangan ini (atau apabila Pihak Diinsuranskan memohon untuk insurans ini), iaitu Pihak Diinsuranskan dikehendaki menjawab soalan-soalan di dalam Borang Cadangan dengan lengkap dan tepat. Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah di dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans Pihak Diinsuranskan, keengganan atau

pengurangan tuntutan Pihak Diinsuranskan, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans Pihak Diinsuranskan selaras dengan remedi yang dinyatakan dalam Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013. Pihak Diinsuranskan juga dikehendaki mendedahkan apa-apa perkara lain yang Pihak Diinsuranskan tahu akan mempengaruhi keputusan Syarikat dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan.

Pihak Diinsuranskan juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu Syarikat dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans Pihak Diinsuranskan ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan Syarikat, apa-apa maklumat yang dinyatakan di dalam Borang Cadangan (atau semasa Pihak Diinsuranskan memohon untuk insurans ini) tidak tepat atau telah berubah.

2. Tarikh Kuat Kuasa

Polisi ini akan berkuat kuasa dan bermula pada jam 12:01 pagi Waktu Malaysia pada tarikh yang dinyatakan sebagai Tarikh Kuat Kuasa Insurans dalam Jadual Polisi ini.

3. Penamatan

3.1 Penamatan oleh Orang Diinsuranskan

Pihak Diinsuranskan boleh membatalkan polisi memberi notis empat belas (14) hari bekerja kepada Syarikat untuk menamatkan perlindungan Polisi ini. Penamatan tersebut akan berkuat kuasa pada tarikh notis diterima oleh Syarikat, atau tarikh yang dinyatakan di dalam notis, yang mana lebih awal, dan dengan syarat tiada tuntutan telah dibuat oleh Pihak Diinsuranskan pada tahun polisi semasa, Pihak Diinsuranskan layak mendapat pengembalian pro-rata premium yang dibayar seperti berikut:-

Tempoh Tidak Melebihi	Pengembalian Premium Tahunan
15 hari (berkuat kuasa untuk pembaharuan sahaja)	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 pengembalian

3.2 Penamatan oleh Syarikat

Pada ulang tahun Polisi, Syarikat berhak untuk menyemak semula terma-terma Polisi dengan mengenakan syarat, menaikkan premium atau menolak untuk memperbaharui polisi pemegang polisi tertentu atau keseluruhan portfolio Polisi ini

bersama-sama, bergantung kepada pengalaman tuntutan. Walau bagaimanapun, sekiranya keputusan itu dibuat, Syarikat akan memberi notis tidak kurang daripada tiga puluh (30) hari kepada Pihak Diinsuranskan untuk pertimbangan beliau.

Tertakluk kepada peruntukan polisi ini, Syarikat boleh memberi notis penamatan melalui surat berdaftar kepada Pihak Diinsuranskan di alamat terakhir beliau yang diketahui. Penamatan sedemikian akan berkuat kuasa tiga puluh (30) hari selepas tarikh notis tersebut. Dengan syarat tiada tuntutan telah dibuat oleh Pihak Diinsuranskan pada tahun polisi semasa, Pihak Diinsuranskan adalah berhak mendapat bayaran balik pro-rata premium.

3.3 Penamatan Automatik

Polisi ini dianggap terbatal apabila berlaku kejadian berikut, yang mana lebih awal:

3.3.1 Serta-merta apabila Pihak Diinsuranskan mencapai umur 70 tahun,

3.3.2 manfaat penuh 100% amaun jumlah prinsipal diinsuranskan sebagaimana dinyatakan di dalam jadual manfaat telah dibayar.

3.4 Kedudukan Premium Selepas Penamatan

Jika premium telah dibayar bagi mana-mana tempoh selepas tarikh penamatan Polisi ini, bahagian yang berkenaan akan dibayar balik kepada Pihak Diinsuranskan oleh Syarikat. Sekiranya premium tidak dibayar bagi mana-mana tempoh sehingga tarikh penamatan, Pihak Diinsuranskan bertanggungjawab untuk membayar premium tersebut kepada Syarikat, di mana Syarikat boleh, mengikut pilihannya, mengenakan caj kepada Pihak Diinsuranskan atau mana-mana premium tertunggak yang perlu dibayar untuk polisi ini di mana tuntutan telah dibuat, akan ditolak daripada hasil yang perlu dibayar di bawah Polisi ini.

4. 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 dan Syarikat akan menghentikan semua polisi sehingga ke tarikh tamat tempoh perlindungan dalam portfolio. Bagaimanapun, sekiranya keputusan tersebut dibuat, Syarikat akan memberi notis sekurang-kurangnya 30 hari kepada Pihak Diinsuranskan untuk pertimbangan beliau.

5. Premium

5.1 Premium Perlu Dibayar

Premium perlu dibayar setiap tahun.

5.2 Pengembalian Semula

Polisi boleh dikembalikan semula mengikut budi bicara Syarikat, tertakluk kepada:-

5.2.1 permohonan bertulis oleh Pihak Diinsuranskan, dan

5.2.2 bukti boleh insurans yang memuaskan Syarikat, dan

5.2.3 bayaran jumlah premium tertunggak, jika ada.

5.3 Semakan Premium oleh Syarikat

Premium perlu bayar boleh disemak oleh Syarikat, bergantung kepada pengalaman tuntutan. Bagaimanapun, sebarang semakan premium akan digunakan ke atas keseluruhan portfolio dan tidak terhad kepada mana-mana individu tertentu, dan akan berkuat kuasa dari tarikh pembaharuan pada ulang tahun polisi serta merta selepas premium baharu diperkenalkan. Syarikat akan memberi notis bertulis satu bulan kepada Pihak Diinsuranskan untuk pertimbangan sebelum sebarang perubahan premium dibuat.

6. Pembayaran Manfaat

Manfaat dibayar di bawah Polisi ini akan dibayar kepada Pihak Diinsuranskan, dan jika Pihak Diinsuranskan meninggal dunia, manfaat akan dibayar kepada Benefisiari yang dinamakan atau kepada estet beliau sekiranya tiada Benefisiari yang dinamakan, kecuali jika Pihak Diinsuranskan beragama Islam, pembayaran manfaat di bawah Polisi ini akan ditentukan oleh Undang-undang Islam yang berkenaan dan Undang-undang Syariah yang diguna pakai.

7. Tempoh Bertenang

Jika Polisi ini telah dikeluarkan dan atas apa jua sebab Pihak Diinsuranskan memutuskan untuk tidak mengambil Polisi, Pihak Diinsuranskan boleh mengembalikan Polisi kepada Syarikat untuk pembatalan dengan syarat permohonan untuk pembatalan telah diserahkan oleh Pihak Diinsuranskan kepada Syarikat dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh serahan Polisi. Pihak Diinsuranskan berhak menerima pulangan penuh premium yang telah dibayar ditolak perbelanjaan perubatan yang ditanggung oleh Syarikat untuk mengeluarkan Polisi.

8. Pindaan

Syarikat berhak untuk meminda terma dan peruntukan Polisi ini dengan memberi notis awal 30 hari secara bertulis melalui pos biasa ke alamat terakhir pemegang polisi yang terdapat 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 diendorskan 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.

9. Prosedur Tuntutan

9.1 Kejadian Yang Menyebabkan Tuntutan

9.1.1 Apabila berlaku sebarang kejadian yang boleh menimbulkan tuntutan di bawah Polisi ini, notis bertulis perlu diberikan kepada Jabatan Tuntutan Syarikat, Aras 12 West Wing, The ICON, No 1 Jalan 1/68F Jalan Tun Razak, 55000 Kuala Lumpur secepat mungkin, dan dalam apa jua keadaan, dalam masa 30 hari selepas tarikh kejadian. Syarikat kemudian akan memberikan borang kepada Pihak Diinsuranskan untuk memfailkan bukti tuntutan.

9.1.2 Sebarang dokumen atau bukti yang diperlukan oleh Syarikat untuk menyemak tuntutan perlu diserahkan oleh Pihak Diinsuranskan dengan perbelanjaan sendiri. Sebarang pemeriksaan yang diperlukan oleh Syarikat untuk menyemak tuntutan adalah di bawah perbelanjaan Syarikat. Jika berlaku kematian Pihak Diinsuranskan, Syarikat berhak untuk mendapatkan pemeriksaan bedah siasat dengan perbelanjaannya sendiri, selagi ia tidak melanggar undang-undang.

9.1.3. Kegagalan memaklumkan kepada Syarikat dalam tempoh ditetapkan tidak membatalkan tuntutan jika Syarikat berpuashati dan menerima penjelasan bahawa bukti tuntutan tidak dapat diserahkan sewajarnya dalam tempoh yang ditetapkan untuk tuntutan yang sememangnya sah.

9.1.4 RHB Insurance Bhd berhak untuk mendapatkan pendapat perubahan selanjutnya untuk meluluskan tuntutan yang dikemukakan oleh Pihak Diinsuranskan. Kelulusan tuntutan bergantung kepada pengesahan diagnosis oleh Pengamal Perubahan yang dilantik oleh RHB Insurance Berhad. Kos untuk mendapatkan pendapat perubahan selanjutnya akan ditanggung oleh RHB Insurance Berhad.

9.2 Tuntutan Tidak Lengkap

Semua tuntutan mestilah 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.

9.3 Matawang Bayaran

Semua bayaran di bawah Polisi ini akan dibuat dalam matawang sah Malaysia. Sekiranya mana-mana bayaran yang diminta oleh Pihak Diinsuranskan dalam matawang lain, maka amaun sedemikian akan dibayar dalam matawang yang diminta sebagaimana ia dibeli di Malaysia pada kadar pasaran matawang semasa pada tarikh penyelesaian tuntutan.

10. Kesilapan Pernyataan Umur

Jika umur Pihak 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 Pihak Diinsuranskan tidak layak untuk

mendapatkan perlindungan di bawah Polisi ini, tiada manfaat akan dibayar.

11. Klausula Siber

Polisi ini tidak boleh diguna pakai dan secara spesifik mengecualikan sebarang bentuk kerugian secara langsung atau tidak langsung, yang timbul daripada atau terkandung secara keseluruhan atau sebahagian:

11.1 penggunaan atau salahguna Internet atau kemudahan yang sama;

11.2 mana-mana transmisi elektronik data atau maklumat lain;

11.3 mana-mana virus komputer, cecacing, bom logik, kuda Trojan atau masalah yang seumpamanya;

11.4 penggunaan dan salah guna mana-mana alamat Internet, Laman Web atau kemudahan yang seumpamanya;

11.5 apa-apa data atau maklumat lain yang disampaikan ke dalam Laman Web atau kemudahan yang seumpamanya;

11.6 apa-apa data yang hilang atau rosak dari mana-mana sistem komputer, termasuk dan tidak terhad kepada perkakasan atau perisian.

11.7 berfungsi atau pincangfungsi Internet atau kemudahan seumpamanya, atau mana-mana alamat Internet, Laman Web atau kemudahan seumpamanya;

11.8 mana-mana pelanggaran, sama ada sengaja atau tidak sengaja, ke atas mana-mana harta intelek terpelihara (termasuk tetapi tidak dihadkan kepada tanda dagangan, hakcipta atau paten).

12. Interpretasi

Polisi ini, termasuk borang penyertaan/borang cadangan, Jadual Polisi, pengendorsan dan pindaan, jika ada, hendaklah dibaca bersama sebagai satu kontrak dan mana-mana perkataan atau ekspresi yang mana maksud spesifik telah ditakrifkan akan, kecuali diperlukan sebaliknya oleh konteks, membawa maksud spesifik yang sama di mana sahaja ia tertera.

13. 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.

14. 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 Pihak Diinsuranskan gagal menyerahkan bukti kerugian yang diperlukan seperti yang ditetapkan oleh terma, peruntukan dan syarat Polisi ini, Pihak Diinsuranskan boleh, dalam tempoh ehsan satu tahun kalendar dari masa bukti bertulis mengenai kerugian perlu dilengkapkan, 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.

15. Perubahan dalam Risiko

Pihak 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.

16. Salah Nyataan atau Pengabaian Fakta Material

Jika:

(a) sebarang jawapan, pendedahan atau perwakilan oleh Pihak Diinsuranskan, sebelum kontrak insurans ini dimeterai, diubah atau diperbaharui, di dalam atau kepada mana-mana cadangan atau perakuan atau pertanyaan, telah sengaja atau dengan melu dinyatakan dalam sebarang keadaan; atau

(b) sebelum kontrak insurans ini dimeterai, diubah atau diperbaharui, Pihak Diinsuranskan telah gagal mendedahkan mana-mana fakta yang Pihak Diinsuranskan ketahui akan mempengaruhi keputusan Syarikat sama ada untuk menerima risiko ini atau tidak dan kadar dan terma yang dikenakan; atau

(c) sebarang tuntutan yang dibuat adalah palsu atau ditokok tambah, atau jika mana-mana perakuan atau pernyataan palsu telah dibuat untuk menyokong tuntutan tersebut. maka dalam mana-mana kes di atas, Polisi ini menjadi tidak sah.

17. Undang-undang Kawal Selia

Polisi ini dikeluarkan di bawah undang-undang Malaysia, dan ia tertakluk kepada dan dikawalselia oleh undang-undang semasa Malaysia. Indemniti yang disediakan oleh Polisi ini tidak diguna pakai berkaitan dengan penghakiman yang tidak pada mulanya disampaikan oleh atau diperolehi daripada Mahkamah yang mempunyai bidang kuasa di dalam Malaysia atau kepada perintah yang diperolehi dalam Mahkamah tersebut bagi penguatkuasaan penghakiman yang dibuat di luar Malaysia sama ada melalui perjanjian timbal balik atau sebaliknya.

18. Bayaran Sebelum Perlindungan

Adalah menjadi syarat khas asas dan amat penting di dalam kontrak insurans ini bahawa premium yang perlu dijelaskan mestilah dibayar dan diterima oleh Syarikat sebelum perlindungan bermula.

19. Tempoh Perlindungan Dan Pembaharuan

Polisi ini akan berkuat kuasa seperti pada tarikh yang dinyatakan di dalam Jadual. 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.

Polisi ini boleh diperbaharui mengikut opsyen Syarikat. Permohonan untuk mengubah manfaat kepada pelan lebih tinggi hanya boleh dilakukan semasa pembaharuan dan tertakluk kepada penerimaan Syarikat semasa pembaharuan. Premium Perlu Dibayar akan meningkat mengikut umur, sebagaimana

dinyatakan oleh Julat Umur berkenaan untuk pelan yang dibeli.

20. Pembaharuan

Syarikat tidak berkewajipan untuk memberi notis kepada Pihak Diinsuranskan. Premium untuk pembaharuan Polisi ini dianggap perlu dibayar pada tarikh Polisi ini tamat. Bagaimanapun, Syarikat masih bertanggungjawab selama empat belas (14) hari dari tarikh tamat Polisi ini dengan syarat pada hari terakhir untuk empat belas (14) hari tersebut, premium pembaharuan telah dibayar kecuali jika Syarikat atau Pihak Diinsuranskan telah memberi notis bahawa insurans ini tidak akan diperbaharui. Polisi ini tidak boleh diperbaharui apabila Pihak Diinsuranskan mencapai umur tujuh puluh (70) tahun.

21. Syarat Terdahulu Kepada Liabiliti

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

22. 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.

23. Sijil, Maklumat Dan Bukti

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

24. Pembaharuan, Pengubahsuaian dan Penamatan Polisi oleh Syarikat

Syarikat tidak boleh menamatkan Polisi secara sebelah pihak semasa tempoh insurans. Pada tarikh ulang tahun Polisi, Syarikat boleh memperbaharui Polisi pada premium yang sama, membaharui Polisi pada premium tambahan, atau tidak memperbaharui polisi. Jika Syarikat mengekalkan jadual kadar premium yang sama untuk keseluruhan portfolio dan jika tidak terdapat sebarang perubahan kepada risiko yang wujud pada Pihak Diinsuranskan, Syarikat boleh menawarkan untuk memperbaharui Polisi pada premium yang sama.

Pembaharuan juga boleh membawa kepada premium tambahan, sebagai contoh apabila Pihak Diinsuranskan bergerak ke julat umur lain mengikut jadual kadar premium.

Premium pembaharuan yang dibayar tidak dijamin dan Syarikat berhak menyemak semula kadar premium yang diguna pakai pada masa pembaharuan, sebagai contoh kerana kemerosotan dalam pengalaman tuntutan keseluruhan portfolio. Perubahan tersebut, jika ada, hendaklah diguna pakai kepada semua pembaharuan dan Polisi baharu tanpa mengira pengalaman tuntutan individu mereka mengikut penilaian risiko syarikat untuk keseluruhan portfolio. Syarikat akan menyerahkan notis tidak kurang daripada tiga puluh (30) hari sebelum tarikh ulang tahun Polisi kepada Pihak Diinsuranskan mengenai perubahan tersebut. Syarat-syarat yang mungkin dinyatakan di sini adalah tidak menyeluruh dan kadar premium boleh disemak semula di bawah sebarang keadaan yang wajar.

Semasa pembaharuan, Syarikat berhak untuk menyemak semula dan mengubah suai terma dan syarat Polisi, seperti untuk mengecualikan keadaan atau hilang upaya tertentu yang menimbulkan tuntutan yang dibuat sebelum ini oleh Pihak Diinsuranskan. Pengubahsuaian juga boleh merangkumi penambahan beban premium ke atas Polisi untuk tuntutan sebelumnya yang dibuat oleh Pihak Diinsuranskan, tetapi beban premium tersebut tidak boleh melebihi 50% daripada jumlah premium. Pengubahsuaian juga mungkin diperlukan akibat perubahan dalam pekerjaan atau gaya hidup yang menyebabkan profil risiko Pihak Diinsuranskan turut berubah. Sila ambil perhatian bahawa kebarangkalian keadaan yang mungkin menyebabkan pengubahsuaian yang disenaraikan di atas adalah tidak menyeluruh; keadaan wajar lain juga mungkin menyebabkan pengubahsuaian dibuat kepada terma dan syarat Polisi ini. Sekiranya keputusan tersebut dibuat, Syarikat akan menyerahkan notis tidak kurang daripada tiga puluh (30) hari sebelum tarikh ulang tahun Polisi kepada Pihak Diinsuranskan dengan menyatakan sebab-sebab pengubahsuaian.

Syarikat berhak menolak pembaharuan Polisi. Sekiranya keputusan tersebut dibuat, sebab-sebab tidak-diperbaharui akan diberikan kepada Pihak Diinsuranskan dan Syarikat akan menyerahkan notis tidak kurang daripada tiga puluh (30) hari sebelum tarikh ulang tahun Polisi. Sebagai contoh, tidak-diperbaharui mungkin disebabkan oleh perubahan dalam pekerjaan atau gaya hidup yang menyebabkan profil risiko Pihak Diinsuranskan turut berubah. Sila ambil perhatian bahawa kebarangkalian keadaan yang mungkin menyebabkan senarai tidak-diperbaharui di atas adalah tidak menyeluruh; keadaan wajar lain juga mungkin menyebabkan Polisi tidak-diperbaharui. Bagai manapun, Syarikat tidak boleh menolak untuk memperbaharui Polisi hanya disebabkan Pihak Diinsuranskan telah membuat tuntutan pada tahun sebelumnya.

NOTIS KEPADA PEMEGANG POLISI

Sila memeriksa Polisi insurans untuk memastikan ianya memenuhi keperluan **Anda**.

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 kekaburan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia tentang mana-mana bahagian Kontrak, adalah dipersetujui bahawa Kontrak versi Bahasa Inggeris akan terpakai.

Sebagai Penanggung Insurans yang bertanggungjawab, **Kami** ingin membawa kepada perhatian **Anda** bahawa **Anda** boleh mengemukakan ketidakpuasan **Anda** kepada Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OFS) atau Biro Perkhidmatan Pelanggan (CSB) Bank Negara seperti yang ditunjukkan di bawah.

BAGAIMANA UNTUK 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

RHB Insurance Berhad
Aras 12B, West Wing, The Icon
No 1, Jalan 1/68F, Jalan Tun Razak,
55000 Kuala Lumpur
Tel: 1300-220-007
Faks: 03-2163 7277
E-mel : complaints_unit@rhbinsurance.com.my

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 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

Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OFS)

Tingkat 14, Blok Utama

Menara Takaful Malaysia

No. 4, Jalan Sultan Sulaiman

50000 Kuala Lumpur

Tel: 03-2272 2811

Faks: 03-2272 1577

E-mel : enquiry@ofs.org.my

Laman Web : www.ofs.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.my

HEAD OFFICE / IBU PEJABAT

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 : www.rhbgroup.com/insurance

**CUSTOMER RELATIONSHIP CENTRE /
KAUNTER KHIDMAT PELANGGAN**

Level 1, Tower Three, RHB Centre,

Jalan Tun Razak,

50400 Kuala Lumpur

Tel : 1300-220-007 Fax : 03 – 2163 7277

Email : rhbi.general@rhbgroup.com

**CALL CENTRE /
PUSAT PANGGILAN**

Claims Inquiries : 03 - 2180 3030