

MEDISURE INSURANCE POLICY

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 stated in the Policy Schedule attached hereto, any sickness, disease, illness or accidental injury necessitates the Insured Person to be confined to a Hospital for treatment, the Company shall subject to the terms, provisos, exclusions and conditions of and endorsed on this Policy, pay to the Insured Person or his legal representatives the sum or sums stated in the Schedule of Benefits.

PROVIDED always that

1. The liability of the Company shall not exceed the Overall Annual Limit as set out in the Schedule of Benefits for any one period of insurance.
2. This Policy shall become effective as of the date stated in the Policy Schedule. This Policy shall be issued for one year and at the end of each period of insurance may be renewed for another year subject to the consent of the Company.

DEFINITIONS

RELATING TO CONTRACTUAL DETAILS

1. **Policyholder** shall mean a person or a corporate body to whom the Policy has been issued in respect of cover for persons specifically identified as Insured Persons in this Policy.
2. **Insured Person/Insured** shall mean the person described in the Policy Schedule including his/her Dependent (if applicable).
3. **Policy year** shall mean the one year period including the effective date of commencement of Insurance and immediately following that date, or the one year period following the Renewal or Renewed Policy.
4. **Renewal or Renewed Policy** shall mean a Policy which has been renewed without any lapse of time upon expiry of a preceding Policy with the same content.
5. **Policy** shall mean this agreement together with any endorsements therein, signed by the Company, the Policy Schedule attached.
6. **Policy Schedule/Schedule of Benefits** means the schedule, which entails Insured Person name, address, benefits covered, effective date of insurance and other Insured Person's particulars which is attaching to and forming part of the Policy hereto and the application form of the Insured Person all of which constitute the entire contract between the parties.

RELATING TO INSURANCE COVER

1. **Accident** shall mean a sudden, unintentional, unexpected, unusual, and specific event that occurs at an identifiable time and place which shall, independently of any other cause, be the sole cause of bodily injury.
2. **Injury** shall mean bodily injury caused solely by Accident.
3. **Sickness, Disease or Illness** shall mean a physical condition marked by a pathological deviation from the normal healthy state.
4. **Disability** shall mean a Sickness, Disease, Illness or the entire Injuries arising out of a single or continuous series of causes.
5. **Any one disability** shall mean all of the periods of disability arising from the same cause including any and all complications there from except that if the Insured Person completely recovers and remain free from further treatment (including drugs, medicines, special diet or injection or advice for the condition) of the disability for at least ninety (90) days following the latest date of discharge and subsequent disability from the same cause shall be considered as though it were a new disability.
6. As **Charged** refers to actual charges incurred for reasonable, necessary and customary medical care provided in the treatment of a covered Disability.
7. **Child** shall mean any person who has attained the age of 30 days and is an unmarried person, is financially dependent upon the Insured Person and is under the age of 19, or up to age of 23 for those registered as full time students at a recognized educational institution.

8. **Dependent** shall mean any of the following persons:
 - a) a legally married spouse
 - b) unmarried children over 30 days old but under nineteen (19) years of age or twenty-three (23) years of age is still on full-time higher education, and who are not gainfully employed.
9. **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.
10. **Eligible expenses** shall mean Medically Necessary expenses incurred due to a covered Disability but not exceeding the limits in the schedule.
11. **Medical necessary** shall mean a medical service which is:-
 - a) consistent with the diagnosis and customary medical treatment for a covered disability, and
 - b) in accordance with standards of good medical practice, consistent with current standard of professional medical care, and of proven medical benefits, and
 - c) not for the convenience of the Insured or the Physician, and unable to be reasonably rendered out of hospital (if admitted as an inpatient), and
 - d) not of an experimental, investigational or research nature, preventive or screening nature,
 - e) for which the charges are fair and reasonable and customary for the disability.
12. **Reasonable and customary charges** shall mean charges for medical care which is medically necessary shall be considered reasonable and customary to the extent that it does not exceed the general level of charges being made by others of similar standing in the locality where the charge is incurred, when furnishing like or comparable treatment, services or supplies to individual of the same sex and of comparable age for a similar sickness, disease or injury and in accordance with accepted medical standards and practice could not have been omitted without adversely affecting the Insured Person's medical condition.
13. **Pre-Existing Illness** shall mean disabilities that the Insured Person has reasonable knowledge of. An Insured Person may be considered to have reasonable knowledge of a pre-existing condition where the condition is one for which:-
 - a) the Insured Person had received or is receiving treatment;
 - b) medical advice, diagnosis, care or treatment has been recommended;
 - c) clear and distinct symptoms are or were evident; or
 - d) its existence would have been apparent to a reasonable person in the circumstances.
14. **Specified Illnesses** shall mean the following disabilities and its related complication, occurring within the first 120 days of Insurance of the Insured Person:
 - a) Hypertension, diabetes mellitus and Cardiovascular disease
 - b) All tumours, cancers, cysts, nodules, polyps, stones of the urinary system and biliary system
 - c) All ear nose (including sinuses) and throat conditions
 - d) Hernias, haemorrhoids fistulae, hydrocele, varicocele
 - e) Endometriosis including disease of the Reproduction system
 - f) Vertebra-spinal disorders (including disc) and knee conditions.
15. **Hospital Confinement** shall mean the Insured Person being duly registered and admitted as an in-patient in a Hospital for more than twelve (12) hours.
16. **Hospitalisation** shall mean admission to a Hospital as a registered in-patient for Medically Necessary treatments for a covered disability upon recommendation of a physician. A patient shall not be considered as an in-patient if the patient does not physically stay in the hospital for the whole period of confinement.
17. **Intensive Care Unit** shall mean a section within a Hospital which is designated as an Intensive Care Unit by the Hospital, and which is maintained on a twenty-four (24) hour basis solely for treatment of patients in critical condition and is equipped to provide special nursing and medical services not available elsewhere in the Hospital.
18. **Out-Patient** shall mean the Insured Person is receiving medical care or treatment without being hospitalized and includes treatment in a Daycare centre.
19. **Waiting Period** shall mean the first 30 days between the beginning of an Insured Person's disability and the commencement of this

Policy date/ reinstatement date and is applied only when the person is first covered. This shall not be applicable after the first year of cover. However, if there is a break in insurance, the Waiting Period will apply again.

20. Overall Annual Limit

Benefits payable in respect of expenses incurred for treatment provided to the Insured Person during the period of insurance shall be limited to Overall Annual Limits as stated in the Schedule of Benefits irrespective of a type/types of disability. In the event the Overall Annual Limit having been paid, all insurance for the Insured Person hereunder shall immediately cease to be payable for the remaining policy year.

21. Deductible

The Policyholder has the option to choose a Deductible in return for a reduction of premium. The Deductible shall be deducted from the eligible medical expenses, per Insured Person per Policy Year.

The Policyholder can choose to increase or decrease the Deductible Option upon annual renewal of the cover. No midterm amendment to the deductible is allowed.

22. Overall Lifetime Limit shall mean the triple of the Overall Annual Limit for the Insured Person Plan Type as stated in the Schedule of Benefits attached hereto and is the maximum limit of liability to the Insured Person

RELATING TO MEDICAL SUPPLIERS

1. Day Surgery

A patient who needs the use of a recovery facility for a surgical procedure on a pre-plan basis at the hospital/ specialist clinic (but not for overnight stay).

2. Hospital shall mean only an establishment duly constituted and registered as a hospital for the care and treatment of sick and injured persons as paying bed-patients, and which:-

- a) has facilities for diagnosis and major surgery,
- b) provides 24 hour a day nursing services by registered and graduate nurses
- c) is under the supervision of a Physician, and
- d) is not primarily a clinic; a place for alcoholics or drug addicts; a nursing, rest or convalescent home or a home for the aged or similar establishment.

3. Malaysian Government Hospital shall mean a hospital which charges of services are subject to the Fee Act 1951 Fees (Medical) Order 1982 and/or its subsequent amendments if any.

4. Prescribed Medicines shall mean medicines that are dispensed by a Physician, a Registered Pharmacist or a Hospital and which have been prescribed by a Physician or Specialist in respect of treatment for a covered disability.

5. Doctor or Physician or Surgeon shall mean a registered medical practitioner qualified and licensed to practice western medicine and who, in rendering such treatment, is practicing within the scope of his licensing and training in the geographical area of practice, but excluding a doctor, physician or surgeon who is the insured himself.

6. Specialist shall mean a medical or dental practitioner registered and licensed as such in the geographical area of his practice where treatment takes place and who is classified by the appropriate health authorities as a person with superior and special expertise in specified fields of medicine or dentistry, but excluding a physician or surgeon who is the insured himself.

7. Surgery shall mean any of the following medical procedures:

- a) To incise, excise or electrocauterize any organ or body part, except for dental services.
- b) To repair, revise, or reconstruct any organ or body part.
- c) To reduce by manipulation a fracture or dislocation
- d) Use of endoscopy to remove a stone or object from the larynx, bronchus, trachea, esophagus, stomach, intestine, urinary bladder, or urether.

DESCRIPTIONS OF BENEFITS

1. Hospital Room and Board

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

2. Intensive Care Unit

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

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

3. Hospital Supplies & Services

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

4. Operating Theatre

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

5. Pre-Hospital Diagnostic Tests

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

6. Pre-Hospital Specialist Consultation

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

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

7. Surgical Fees

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

8. Anesthetist Fees

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges by the Anaesthetist for the Medically Necessary administration of anaesthesia not exceeding the limits as set forth in the Schedule of Benefits.

9. In-Hospital Physician Visit

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

10. Post-Hospitalisation Treatment

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

supply needed for the maximum number of days as set forth in the Schedule of Benefits.

11. Organ Transplant

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

12. Emergency Accidental Outpatient Treatment

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

13. Outpatient Physiotherapy Treatment

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

14. Ambulance Fees

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

15. Annual Out-Patient Kidney Dialysis Treatment

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

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

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

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

16. Annual Out-Patient Cancer Treatment

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

Such treatment (radiotherapy or chemotherapy excluding consultation, examination tests, take home drugs) must be received at the out-patient department of a Hospital or a registered cancer treatment centre immediately following discharge from Hospital confinement or surgery. Cancer is defined as the uncontrollable growth and spread of malignant cells and the invasion and destruction of normal tissue for which major interventionist treatment or surgery (excluding endoscopic procedures alone) is considered necessary. The cancer must be confirmed by histological evidence of malignancy. The following conditions are excluded:

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

It is a specific condition of this Benefit that notwithstanding the exclusion of pre-existing conditions, this Benefit will not be payable for any Insured

who had been diagnosed as a cancer patient and/or is receiving cancer treatment prior to the effective date of Insurance.

17. Government Hospital Daily Cash Allowance

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

18. Insured Child's Daily Guardian Benefit

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

19. Medical Report Fees

Reimburses the actual fee charged for completion of a medical report by the attending Physician or surgeon in respect of each disability but not to exceed the amount as stated in the Schedule of Benefits.

20. Service Tax

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

EXCLUSIONS

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

1. Pre-existing illness.
2. Specified Illnesses occurring during the first 120 days of continuous cover.
3. Any medical or physical conditions arising within the first 30 days of the Insured Person's cover or date of reinstatement whichever is latest except for accidental injuries.
4. Plastic/Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness (Radial Keratotomy) and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof.
5. Dental conditions including dental treatment or oral surgery except as necessitated by Accidental Injuries to sound natural teeth occurring wholly during the Period of Insurance
6. Private nursing, rest cures or sanitarium care, illegal drugs, intoxication, sterilization, venereal disease and its sequelae, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or ARC (AIDS Related Complex) and HIV (Human Immunodeficiency Virus) related diseases, and any communicable diseases required quarantine by law.
7. Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions
8. Pregnancy, child birth (including surgical delivery), miscarriage, abortion and prenatal or postnatal care and surgical, mechanical or chemical contraceptive methods of birth control or treatment pertaining to infertility. Erectile dysfunction and tests or treatment related to impotence or sterilization.
9. Hospitalisation primarily for investigatory purposes, diagnosis, X-ray examination, general physical or medical examinations, not incidental to treatment or diagnosis of a covered Disability or any treatment which is not Medically Necessary and any preventive treatments, preventive medicines or examinations carried out by a Physician, and treatments specifically for weight reduction or gain.
10. Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while sane or insane.
11. War or any act of war, declared or undeclared, criminal or terrorist activities, active duty in any armed forces, direct participation in strikes, riots and civil commotion or insurrection.
12. Ionising radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any nuclear weapons material.
13. Expenses incurred for donation of any body organ by an Insured Person and costs of acquisition of the organ including all costs incurred by the donor during organ transplant and its complications.
14. Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical service or supplies, including but not limited to chiropractic services,

- acupuncture, acupressure, reflexology, bone-setting, herbalist treatment, massage or aroma therapy or other alternative treatment.
15. Care or treatment for which payment is not required or to the extent which is payable by any other insurance or indemnity covering the Insured and Disabilities arising out of duties of employment or profession that is covered under a Workman's Compensation Insurance Contract.
 16. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
 17. Costs/expenses of services of a non-medical nature, such as television, telephones, telex services, radios or similar facilities, admission kit/pack and other ineligible non-medical items
 18. Sickness or Injury arising from racing of any kind (except foot racing), hazardous spots such as but not limited to skydiving, water skiing, underwater activities requiring breathing apparatus, winter sports, professional sports and illegal activities.
 19. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.
 20. Expenses incurred for sex changes.

GENERAL CONDITIONS

1. Statement Pursuant To Financial Act Services 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. Meaning

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

3. 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 the time as notified by the Company and any change in the renewal premium shall be notified by writing at least 30 days before change is effected.

In the first 2 years of policy inception

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.

From the third year of policy inception (provided there is no claim incurred in the preceding two years be it from RHBI or any other insurance company)

The policy will be renewable at the option of policyholder subject to the terms, conditions and termination at each of the anniversary of the Policy date. The renewal premiums payable is not guaranteed and the Company reserves the right to revise the premium rate applicable at the time of renewal. Such changes, if any shall be applicable to all policyholders irrespective of their claim experience according to the Company's risk assessment.

The policy is renewable at the option of the policyholder until the occurrence of any of the following:

- a) non payment of premium or premium not made on time
- b) fraud or misrepresentation of material fact during application
- c) the policy is cancelled at the request of the policyholder
- d) total claims of the policy have reached the lifetime limit specified and / or on the death of the Insured Person.

- e) The Insured Person ceases to qualify as a dependant based on the definition of the policy.
- f) The Insured Person attains the coverage age limit specified termination of coverage for all policies in a certain market and the Company withdraws this policy completely from the market in accordance with the Portfolio Withdrawal Condition.

4. Geographical Territory

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

5. Overseas Treatment

If the Insured Person elects to or is referred to be treated outside Malaysia by the Attending Physician, benefits in respect of the treatment shall be limited to the reasonable and customary and medically necessary charges for such equivalent local treatment in Malaysia and shall exclude the cost of transport to the place of treatment.

6. Alterations

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

7. Cancellation

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

8. Certification, Information and Evidence

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

9. Governing Law

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

10. Misstatement of Age

If the age of the Insured Person has been misstated and the premium paid as a result thereof is insufficient, any claim payable under this Policy shall be prorated based on the ratio of the actual premium paid to the correct premium which should have been charged for the year. Any excess premium, which may have been paid as a result of such misstatement of age, shall be refunded without interest. If at the correct age the Insured Person would not have been eligible for cover under this Policy, no benefit shall be payable.

11. Change in Risk

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

12. **Subrogation**
If the Company shall become liable for any payment under this Policy, the Company shall be subrogated to the extent of such payment to all the rights and remedies of the Insured Person against any party and shall be entitled at its own expense to sue in the name of the Insured Person. The Insured Person shall give or cause to be given to the Company all such assistance in his/her power as the Company shall require to secure the rights and remedies and at the Company's request shall execute or cause to be executed all documents necessary to enable the Company to effectively to bring suit in the name of the Insured Person.
13. **Contribution**
If an Insured Person carries other insurance covering any illness or injury insured by this Policy, the Company shall not be liable for a greater proportion of such illness or injury than the amount applicable hereto under this Policy bears to the total amount of all valid insurance covering such illness or injury.
14. **Upgraded Room and Board Co-Payment**
If the Insured Person is hospitalized at a published Room & Board rate which is higher than his/her eligible benefit, the Insured Person shall bear 20% of the other eligible benefits described in the Schedule of Benefits.
15. **Ownership of Policy**
Unless otherwise expressly provided for by Endorsement in the Policy, the Company shall be entitled to treat the Policyholder as the absolute owner of the Policy. The Company shall not be bound to recognise any equitable or other claim to or interest in the Policy, and the receipt of the Policy or a Benefit by the Policyholder (or by his legal or authorized representative) alone shall be an effective discharge of all obligations and liabilities of the Company. The Policyholder shall be deemed to be responsible Principal or Agent of the Insured Persons covered under this Policy.
16. **Waiting Period**
Eligibility for benefits starts 30 days after the Insured has been included in the Policy, except for a covered Accident occurring after the effective date of coverage.
17. **Residence Overseas**
No benefit whatsoever shall be payable for any medical treatment received by the Insured outside Malaysia, if the Insured resides or travels outside Malaysia for more than ninety (90) consecutive days.
18. **Take-Over Policies**
If this policy shall have commenced immediately upon termination of a preceding policy and if an Insured shall have been afflicted with a medical disability prior or at the time this policy started (and benefits under the preceding policy would have been available to him), such Insured shall continue to be covered for the existing disability, but not to exceed the limits of the previous policy on condition the Company has secured a copy of the preceding policy.
19. **Upgraded Policies**
If the Eligible Benefits to any Insured under the terms of this Policy be increased while it is in force or at the time of Renewal or replacement and if such Insured shall have been afflicted with a Disability prior or at the time the Benefits were increased, the Limits of Benefits payable in respect of such Disability shall not exceed the Limit of Benefits prior to the date the Benefits were upgraded.
20. **Conversion Policies**
If the Eligible Benefits provided under this Policy shall have been converted from an existing coverage of an 'Inner Limits' to an 'As Charged/Full Reimbursement' coverage, and if such Insured shall have been afflicted with a Disability prior or at the time the Benefits were converted the benefits payable in respect of the Disability shall be in accordance with the Schedule of Benefits prior to the date the Eligible Benefits were converted.
21. **Cooling-Off Period**
If this Policy shall have been issued and for any reason whatsoever the Insured Person shall decide not to take up the Policy, the Insured Person may return the Policy to the Company for cancellation provided such request for cancellation is delivered by the Insured Person to the Company within fifteen (15) days from the date of delivery of the Policy. The Insured Person is entitled to the return of the full premium paid less deduction of medical expenses incurred by the Company in the issue of the Policy.
22. **Portfolio Withdrawal Condition**
The Company reserves the right to cancel the portfolio as a whole if it decides to discontinue underwriting this insurance product.
- Cancellation of the portfolio as a whole shall be given by written notice to the policyholder at least 30 days prior to portfolio withdrawal and the Company will run off all policies to expiry of the period of cover within the portfolio.
23. **Claim Procedure**
EVENTS LEADING TO CLAIMS
- a) The Insured shall within 30 days of a Disability that incurs claimable expenses, give written notice to the Company stating full particulars of such event, including all original bills and receipts, and a full Physician's report stipulating the diagnosis of the condition treated and the date the Disability commenced in the Physician's opinion and the Physician's summary of the cost of treatment including medicines and services rendered. Failure to furnish such notice within the time allowed shall not invalidate any claim if it is shown not to have been reasonably possible to furnish such notice and that such notice was furnished as soon as was reasonably possible.
- b) The Insured shall immediately procure and act on proper medical advice and the Company shall not be held liable in the event a treatment or service becomes necessary due to failure of the Insured to do so.
24. **Incomplete Claims**
All claims must be submitted to the Company within 30 days of completion of the events for which the claim is being made. Claims are not deemed complete and Eligible Benefits are not payable unless all bills for such claims have been submitted and agreed upon by the Company. Only actual costs incurred shall be considered for reimbursement. Any variation or waiver of the foregoing shall be at the Company's sole discretion.
25. **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.
26. **Condition Precedent to Liability**
The due observance and the fulfillment of the terms, provisions and conditions of this Policy by the Insured Person and in so far as they relate to anything to be done or complied with by the Insured Person shall be conditions precedent to any liability of the Company.
27. **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 initiated by an authorised representative of the Company.
28. **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.
29. **Legal Proceedings**
No action at law or in equity shall be brought to recover on this Policy prior to expiration of sixty (60) days after written proof of loss has been furnished in accordance with the requirements of this Policy. If the Insured Person shall fail to supply the requisite proof of loss as stipulated by the terms, provisions and conditions of the Policy, the Insured Person may, within a grace period of one calendar year from the time that the written proof of loss to be furnished, submit the relevant proof of loss to the Company with cogent reason(s) for the failure to comply with the Policy terms, provisions and conditions. The acceptance of such proof of loss shall be at the sole and entire discretion of the Company. After such grace period has expired, the Company will not accept, for any reason whatsoever, such written proof of loss.
30. **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.

31. Cash Before Cover

It is fundamental and absolute special condition of this contract of insurance that the premium due must be paid and received by the Company before insurance cover is effective.

32. Automatic Termination

The insurance of an Insured Person shall automatically terminate on the earliest happening of the following events:

- a) on the death of the Insured Person; or
- b) on the Policy Anniversary following the 75th birthday of an Insured Person; or
- c) for a dependent child, on his/her 19th birthday or on his/her 23'd birthday if in full-time tertiary institution in Malaysia; or
- d) if the total benefits paid under the Policy since the last Policy Anniversary exceeds the Overall Annual Limit for the respective Policy Year; or
- e) at mid-night standard Malaysian time on the last day of the Period of Insurance unless an Insured Person is confined to a Hospital at such time. If the being the case, the time of termination shall be extended to:-
 - (i) the time the Insured Person is discharged from Hospital; or
 - (ii) the time the Overall Annual Limit shall have been exhausted which is the first to occur

33. Policy Contract Shall Be Void

This Policy Contract shall be void if the Proposal and Declaration made by the Insured or any written statement given by the Insured is untrue in any respect, or if any material fact affecting the risk is incorrectly stated or represented, or is omitted in these documents.

This Policy Contract shall also be void if the Insured Person makes any claim which is fraudulent or exaggerated, or if the Insured makes any false declaration or statements in support of any claim.

34. Premium

During the Period of Insurance, the premium for insurance under this Policy is not guaranteed and shall be based on the premium rates in force at the time of renewal. Premiums are payable at the premium rate according to each member's age on each Policy year anniversary. The Company shall have the right to change the rate at which premiums shall be calculated, at the start of any Policy Year, provided that the Company notices the Policyholder at least thirty (30) days in advance of the date such premium is due. The premium rate shall also increase if the Insured Person's age, at the anniversary of the second policy year, falls under a new rating band.

35. Full Reimbursement in a Government Hospital

Charges for eligible medical expenses are covered in full for treatment in a Malaysian Government Hospital for each illness or injury, provided the claimant does not transfer from or to a private hospital for treatment and the room and board charge is not greater than that provided under the chosen plan applicable to the claimant.

SCHEDULE OF BENEFITS						
PLANS BENEFITS	Plan1 (RM)	Plan2 (RM)	Plan3 (RM)	Plan4 (RM)	Plan5 (RM)	Plan6 (RM)
OVERALL LIMITS						
• Overall Annual Limit	20,000	30,000	50,000	80,000	100,000	150,000
• Overall Lifetime Limit	60,000	90,000	150,000	240,000	300,000	450,000
MAXIMUM PER DISABILITY						
HOSPITAL BENEFITS						
• Hospital Room & Board (max. 200 days)	80	120	200	300	350	450
• Intensive Care Unit (max. 75 days)	160	250	400	450	500	600
• Hospital Supplies & Services • Operating Theatre	As charged (Subject to Reasonable and Customary Changes)					
SURGICAL BENEFITS	As charged (Subject to Reasonable and Customary Changes)					
• Pre-hospital Diagnostic Tests (within 60 days prior to admission)						
• Pre-hospital specialist consultation (within 60 days prior to surgery)						
• Surgical Fees						
• Anaesthetist Fees						
• In-Hospital Physician Visit (max. 200 days)						
• Post-Hospitalisation Treatment (within 31 days from discharge)						
• Organ Transplant (Heart, Kidney, Lung, Liver or Bone Marrow Transplantation)						

OUT-PATIENT BENEFITS	As charged (Subject to Reasonable and Customary Changes)					
<ul style="list-style-type: none"> Emergency Accidental Out-Patient Treatment (within 24 hours and follow up treatment to a max. of 31 days) Out-Patient Physiotherapy Treatment (within 90 days from discharge /surgery) Ambulance Fees 						
<ul style="list-style-type: none"> Annual Out-Patient Kidney Dialysis Treatment Annual Out-Patient Cancer Treatment 	12,000	21,000	24,000	28,000	30,000	36,000
<ul style="list-style-type: none"> Annual Out-Patient Kidney Dialysis Treatment Annual Out-Patient Cancer Treatment 	12,000	21,000	24,000	28,000	30,000	36,000
OTHER BENEFITS						
<ul style="list-style-type: none"> Government Hospital Daily Cash Allowance (max 150 days) Insured Child's Daily Guardian Benefit (max. 200 days) 	35	45	50	55	60	65
<ul style="list-style-type: none"> Insured Child's Daily Guardian Benefit (max. 200 days) 	50	75	100	150	175	200
<ul style="list-style-type: none"> Medical Report Fees Service Tax 	As charged (Subject to Reasonable and Customary Changes)					
	6% of eligible expenses					

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 MEDISURE

Polisi dikeluarkan sejajar dengan pembayaran dari premium yang ditentukan dalam Jadual Polisi dan menurut kepada kenyataan yang telah dikemukakan di dalam borang cadangan (atau semasa permohonan insuran ini) dan segala kenyataan yang telah dibuat oleh Pihak Diinsuranskan pada atau semasa penyerahan borang cadangan (atau semasa permohonan insuran ini) dan pada masa perjanjian ini ditandatangani. Jawapan dan sebarang pernyataan lain yang diberikan oleh Pihak Diinsuranskan akan menjadi sebahagian daripada kontrak insurans antara Pihak Diinsuranskan dan pihak Syarikat. Walau bagaimanapun, sekiranya terdapat sebarang salah nyata semasa pra-kontrak berhubung dengan jawapan Pihak Diinsuranskan atau di mana-mana pernyataan yang diberikan oleh Pihak Diinsuranskan, hanya remedi yang terdapat dalam Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 akan diguna pakai.

Polisi ini bertindak atas terma-terma dan syarat-syarat kontrak insurans seperti yang telah dipersetujui antara Pihak Diinsuranskan dan pihak Syarikat.

MAKA POLISI INI MEMPERAKUI BAHAWA jika dalam Tempoh Insurans yang dinyatakan di dalam Jadual Polisi yang dilampirkan di sini, sebarang sakit, wabak, penyakit atau kecederaan akibat kemalangan yang memerlukan Orang yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital untuk rawatan. Syarikat akan, tertakluk kepada peraturan-peraturan, peruntukan-peruntukan, pengecualian-pengecualian dan syarat-syarat polisi ini dan yang diendors kepadanya, membayar kepada Orang Yang Diinsuranskan atau wakil peribadinya yang sah di sisi undang-undang jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Dengan syarat dalam segala hal bahawa

1. Tanggungan Syarikat tidak melebihi Had Tahunan Keseluruhan seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat bagi mana-mana satu tempoh insurans.
2. Polisi ini akan berkuatkuasa pada tarikh yang dinyatakan dalam Jadual Polisi. Polisi ini akan dikeluarkan untuk tempoh satu tahun dan boleh diperbaharui untuk tempoh satu tahun lagi pada akhir setiap tahun insurans tertakluk kepada kebenaran Syarikat.

DEFINASI**BERKAITAN DENGAN KETERANGAN KONTRAK**

1. **Pemegang Polisi** bermaksud orang atau badan korporat yang kepadanya Polisi dikeluarkan bagi melindungi orang yang secara khusus dikenal pasti sebagai Orang yang Diinsuranskan dalam Polisi ini.
2. **Orang Yang Diinsuranskan** bermaksud orang yang dinyatakan dalam Jadual Polisi termasuk Tanggungannya (jika berkenaan).
3. **Tahun Polisi** bermaksud tempoh satu tahun termasuk tarikh mula kuatkuasa Insurans dan sebaik sahaja selepas tarikh itu, atau tempoh satu tahun selepas Polisi Pembaharuan atau Polisi Baru.
4. **Pembaharuan atau Polisi Baru** bermaksud Polisi yang telah diperbaharui tanpa apa-apa tempoh luput sebaik sahaja tamatnya tempoh setelah Polisi sebelumnya dengan kandungan yang sama ternal tempoh.
5. **Polisi** bermaksud perjanjian ini disertakan dengan sebarang yang diendorskan di sini, ditandatangani oleh Syarikat, Jadual Polisi yang dilampirkan.
6. **Jadual Polisi / Jadual Manfaat** bermaksud Jadual, yang mengandungi nama Orang yang Diinsuranskan, manfaat yang dilindungi, tarikh efektif insurans dan maklumat Orang yang Diinsuranskan dimana disertakan dan akan membentuk sebahagian daripada Polisi ini dan lain borang permohonan Orang yang Diinsuranskan yang kesemuanya membentuk seluruh kontrak di antara kedua-dua belah pihak.

BERKAITAN DENGAN PERLINDUNGAN INSURANS

1. **Kemalangan** bermaksud kejadian yang berlaku secara tiba-tiba, tidak disengajakan, tidak dijangka, luar biasa dan yang tertentu pada masa dan di tempat yang dikenal pasti yang hendaklah, tanpa bergantung pada apa-apa sebab lain, menjadi satu-satunya punca kecederaan badan.
2. **Kecederaan** bermaksud kecederaan anggota badan yang semata-mata disebabkan oleh Kemalangan.
3. **Kesakitan, Kewabakan, Penyakit** bermaksud keadaan fizikal yang ditunjukkan dari segi patologi berbeza daripada keadaan kesihatan yang biasa.
4. **Ketidakupayaan** bermaksud Kesakitan, kewabakan, Penyakit atau semua Kecederaan yang timbul daripada satu atau beberapa sebab yang berterusan.

5. **Mana-mana Satu Hilang Upaya** bermaksud semua tempoh hilang upaya yang timbul daripada sebab yang sama termasuk mana-mana dan semua komplikasinya kecuali jika Orang yang Diinsuranskan pulih sepenuhnya dan tidak perlu menjalani apa-apa rawatan lanjut (termasuk dadah, ubat, diet khas atau suntikan atau nasihat tentang keadaannya) bagi hilang upaya itu selama sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari selepas tarikh terakhir keluar hospital dan hilang upaya berikutnya akibat daripada sebab yang sama hendaklah dianggap seolah-olah hilang upaya itu adalah yang baru.
6. **Seperti Dicaj** merujuk kepada caj sebenar yang dikenakan untuk rawatan perubatan yang berpatutan, perlu dan biasa yang diberikan dalam merawat Hilang Upaya yang diinsuranskan.
7. **Anak** bermaksud mana-mana orang yang telah mencapai umur tiga puluh (30) hari dan belum berkahwin, yang bergantung dari segi kewangan pada Orang yang Diinsuranskan dan berumur kurang daripada sembilan belas (19) tahun atau hingga dua puluh tiga (23) tahun bagi mereka yang didaftarkan sebagai pelajar sepenuh masa di institusi pengajian yang diiktiraf.
8. **Tanggungan** bermaksud mana-mana orang-orang yang berikut:
 - a) suami/isteri yang berkahwin secara sah;
 - b) anak yang belum berkahwin yang umurnya melebihi tiga puluh (30) hari tetapi kurang daripada sembilan belas (19) tahun atau dua puluh tiga (23) tahun bagi yang masih sebagai pelajar sepenuh masa di pusat pengajian tinggi, dan yang tidak mempunyai pekerjaan yang bergaji.
9. **Keadaan Kognital** bermaksud apa-apa ketidaknormalan kesihatan atau fizikal yang wujud sejak lahir, dan juga ketidaknormalan fizikal neonatal yang terbentuk dalam tempoh enam (6) bulan dari tarikh kelahiran. Ini termasuk semua jenis hernia dan epilepsi kecuali disebabkan oleh trauma yang berlaku selepas tarikh Orang yang Diinsuranskan dilindungi secara berterusan di bawah Polisi ini.
10. **Belanja Yang Layak** bermaksud belanja yang Perlu Dari Segi Perubatan yang ditanggung disebabkan oleh Hilang Upaya yang dilindungi tetapi tidak melebihi had manfaat dalam jadual.
11. **Perlu Dari Segi Perubatan** bermaksud khidmat perubatan yang:- selaras dengan diagnosis dan rawatan perubatan biasa bagi Hilang Upaya yang dilindungi, dan menurut piawai amalan perubatan yang baik, selaras dengan piawai semasa bagi rawatan perubatan profesional, dan juga dengan manfaat kesihatan yang sah, dan bukan untuk kemudahan Orang yang Diinsuranskan atau Pakar Perubatan, dan tidak dapat diperoleh sewajarnya di luar hospital (jika dimasukkan ke wad sebagai pesakit dalam) dan bukan berbentuk eksperimen, penyelidikan atau kajian, pencegahan atau penyaringan, bayarannya berpatutan, munasabah dan biasa diamalkan bagi Hilang Upaya itu.
12. **Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan** bermaksud bayaran rawatan perubatan yang perlu dari segi perubatan, yang dianggap munasabah dan biasa diamalkan selagi bayaran itu tidak melebihi had biasa bayaran yang dibuat oleh pihak lain yang sama kedudukannya di tempat bayaran itu dikenakan, apabila memberikan rawatan, khidmat atau bekalan seumpamanya atau yang serupa kepada individu dengan jantina yang sama dan kategori umur yang sama untuk kesakitan, penyakit atau kecederaan serta selaras dengan piawai dan amalan perubatan yang diterima dan tidak boleh diabaikan tanpa menjejaskan keadaan perubatan Orang yang Diinsuranskan
13. **Penyakit Sedia Ada** bermaksud hilang upaya yang diketahui sewajarnya oleh Orang yang Diinsuranskan. Orang yang Diinsuranskan dianggap mengetahui sewajarnya keadaan sedia ada itu apabila:-
 - a) Orang yang Diinsuranskan telah atau sedang menerima rawatan;
 - b) nasihat perubatan, diagnosis, jagaan atau rawatan telah disyorkan;
 - c) gejala yang jelas dan tepat dapat atau telah dilihat dengan nyata, atau
 - d) kewujudannya dapat diperhatikan dengan jelas bagi orang yang mengalami keadaan itu.
14. **Penyakit Tertentu** bermaksud hilang upaya berikut dan komplikasi yang berkaitan dengannya, yang wujud dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama Insurans bagi Orang yang Diinsuranskan:
 - a) Hipertensi, diabetes melitus dan penyakit kardiovaskular
 - b) Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu dalam system kencing dan sistem biliari
 - c) Semua penyakit telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak
 - d) Hernia, hemoroid, fistula, hidrosele, varikosele
 - e) Endometriosis termasuk penyakit sistem pembiakan
 - f) Gangguan spina vertebro (termasuk diska) dan penyakit lutut

15. **Penginapan Hospital** bermaksud Orang yang Diinsuranskan didaftar dan dimasukkan sebagai pesakit yang dirawat dalam Hospital selama lebih daripada dua belas (12) jam.
16. **Penghospitalan** bermaksud dimasukkan ke Hospital sebagai pesakit dalam yang berdaftar untuk rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan bagi Hilang Upaya yang dilindungi apabila disyorkan oleh pakar perubatan. Pesakit tidak boleh dianggap sebagai pesakit dalam jika pesakit tidak tinggal di hospital secara fizikal sepanjang tempoh dimasukkan ke hospital
17. **Unit Rawatan Rapi** bermaksud satu bahagian di Hospital yang dinamakan sebagai Unit Rawatan Rapi oleh Hospital, dan yang diselenggara dua puluh empat (24) jam hanya untuk rawatan bagi pesakit dalam keadaan kritikal dan dilengkapi khidmat jagaan dan perubatan khas yang tidak disediakan di mana-mana bahagian lain di Hospital itu.
18. **Pesakit Luar** bermaksud Orang yang Diinsuranskan yang menerima jagaan atau rawatan perubatan tanpa dimasukkan ke hospital dan termasuk rawatan di pusat Rawatan Harian.
19. **Tempoh Tangguh** bermaksud tiga puluh (30) hari pertama antara masa bermulanya hilang upaya Orang yang Diinsuranskan dan bermulanya tarikh polisi/tarikh pengembalian semula, dan terpakai hanya apabila orang itu dilindungi pertama kalinya. Hal ini tidak terpakai selepas tahun pertama perlindungan. Walau bagaimanapun, jika insurans terhenti, maka Tempoh *Tangguh* akan terpakai sekali lagi.
20. **Had Tahunan Keseluruhan**
Manfaat yang dibayar bagi perbelanjaan yang dikenakan untuk rawatan yang diberikan kepada Orang yang Diinsuranskan dalam tempoh insurans hendaklah dihadkan mengikut Had Tahunan Keseluruhan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Mantaat tanpa mengira jenis hilang upaya. Jika Had Tahunan Keseluruhan telah dibayar, maka semua insurans untuk Orang yang Diinsuranskan di bawah ini hendaklah dihentikan bayarannya serta-merta bagi baki tahun polisi
21. **Deduktibel**
Pemegang Polisi boleh memilih deduktibel untuk mendapatkan pengurangan premium. Deduktibel akan ditolak daripada perbelanjaan perubatan yang layak, setiap Hilang Upaya bagi setiap Orang yang Diinsuranskan.
Pemegang Polisi boleh memilih sama ada ingin menambahkan atau mengurangkan deduktibel semasa pembaharuan tahunan perlindungan. Pindaan semasa ke atas deduktibel tidak dibenarkan.
22. **Had Seumur Hidup** bermaksud tiga kali ganda daripada had tahunan keseluruhan jenis pelan Orang yang Diinsuranskan itu yang dinyatakan dalam jadual manfaat yang disertakan dan ia merupakan liabiliti maksimum kepada Orang yang Diinsuranskan.

BERKAITAN DENGAN PEMBEKALAN PERUBATAN

1. **Pembedahan Harian**
Pesakit yang perlu menggunakan kemudahan pemulihan untuk prosedur pembedahan yang dirancang terlebih dahulu di hospital/ klinik pakar (tetapi bukan untuk bermalam).
2. **HOSPITAL** bermaksud hanya pertubuhan yang ditubuhkan dan didaftarkan sewajarnya sebagai hospital untuk jagaan dan rawatan orang yang sakit dan cedera sebagai pesakit atas katil berbayar, dan yang:-
 - a) mempunyai kemudahan untuk diagnosis dan pembedahan utama
 - b) menyediakan khidmat jagaan dua puluh (24) jam sehari oleh jururawat berdaftar dan siswazah,
 - c) dibawahpenyeliaan Pakar Perubatan, dan
 - d) bukan klinik; tempat untuk orang ketagih alkohol dan dadah; pusat jagaan atau rumah pemulihan atau rumah orang tua atau pertubuhan yang serupa.
3. **Hospital Kerajaan Malaysia** bermaksud hospital yang bayaran khidmatnya tertakluk kepada Akta Yuran 1951, Perintah Yuran (Perubatan) 1982 dan/atau pindaan berikutnya jika ada.
4. **Ubatan yang Dipreskripsikan** bermaksud ubat yang diberikan oleh Pakar Perubatan, Ahli Farmasi Berdaftar atau Hospital dan yang dipreskripsikan oleh Pakar Perubatan atau Pakar bagi rawatan Hilang Upaya yang dilindungi.
5. **Doktor atau Pakar Perubatan atau Pakar Bedah** bermaksud pengamal perubatan berdaftar yang layak dan berlesen untuk mengamalkan perubatan barat dan yang, semasa memberikan rawatan itu, mengamalkannya mengikut skop pelesenan dan latihannya di kawasan geografi profesion tersebut diamalkan, tetapi

tidak termasuk doktor, pakar perubatan atau pakar bedah yang merupakan Orang yang Diinsuranskan itu sendiri.

6. **Pakar** bermaksud pengamal perubatan atau pergigian yang berdaftar dan berlesen sewajarnya di kawasan geografi yang khidmat tersebut diberikan, dan yang diklasifikasikan oleh pihak berkuasa kesihatan yang berkenaan sebagai orang yang mempunyai kepakaran yang tinggi dan khusus dalam bidang perubatan atau pergigian yang tertentu, tetapi tidak termasuk pakar perubatan atau pakar bedah yang merupakan Orang yang Diinsuranskan itu sendiri.
7. **Pembedahan** bermaksud mana-mana prosedur perubatan yang berikut:
 - a) Untuk menginsisi, mengeksisi atau mengelektrokauteri mana-mana bahagian organ atau badan kecuali untuk khidmat pergigian.
 - b) Untuk memperbaiki, mengubah atau membentuk semula mana-mana bahagian organ atau badan
 - c) Untuk mengurangkan fraktur atau dislokasi melalui manipulasi.
 - d) Penggunaan endoskopi untuk mengeluarkan batu atau objek dari larinks, bronkus, trakea, esofagus, perut, usus, pundi kencing, atau uretra.

PENERANGAN MANFAAT

1. **Bilik Hospital dan Makan**
Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk penginapan di bilik dan makan. Jumlah manfaat hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh Hospital semasa Orang yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital, tetapi manfaat tidak boleh melebihi, bagi mana-mana satu hari, kadar Manfaat Bilik dan Makan, dan bilangan maksimum hari seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Orang yang Diinsuranskan hanya layak menerima manfaat ini apabila dimasukkan ke hospital sebagai pesakit dalam.
2. **Unit Rawatan Rapi**
Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk bilik dan makan yang sebenarnya ditanggung semasa dimasukkan ke hospital sebagai pesakit dalam di Unit Rawatan Rapi Hospital. Bayaran manfaat ini hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh Hospital tertakluk kepada manfaat maksimum bagi mana-mana satu (1) hari, dan bilangan maksimum hari, seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Apabila tempoh dimasukkan ke hospital di Unit Rawatan Rapi melebihi tempoh maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat, maka pembayaran balik akan dihadkan kepada kadar Bilik dan Makan Harian Hospital.
Manfaat Bilik dan Makan Hospital tidak boleh dibayar bagi tempoh dimasukkan ke hospital tersebut apabila Manfaat Unit Rawatan Rapi Harian dibayar.
3. **Bekalan & Khidmat Hospital**
Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang sebenarnya ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk jagaan am, dadah dan ubat yang dipreskripsikan dan dimakan, pencucian dan pembalutan luka, anduh, acuan plaster, sinar-x, pemeriksaan makmal, elektrokardiogram, fisioterapi, ujian metabolisma basal, suntikan dan larutan intravena, pemberian darah dan plasma darah, tetapi tidak termasuk kos darah dan plasma semasa Orang yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital sebagai pesakit dalam di Hospital, hingga jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.
4. **Bayaran Bilik Bedah**
Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk Bilik Bedah yang berkaitan dengan prosedur pembedahan.
5. **Ujian Diagnostik Prahospital**
Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk ECG, sinar-X dan ujian makmal yang Perlu Dari Segi Perubatan yang dijalankan di Hospital untuk tujuan diagnostik bagi kecederaan atau penyakit apabila berkaitan dengan Hilang Upaya sebelum dimasukkan ke hospital mengikut bilangan hari dan jumlah maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat dan yang disyorkan oleh pengamal perubatan yang layak. Bayaran tidak akan dibuat jika dalam khidmat diagnostik itu, Orang yang Diinsuranskan tidak perlu dimasukkan ke hospital untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu. Bayaran ubat dan rundingan yang dikenakan oleh pengamal perubatan tidak akan dibayar.
6. **Rundingan Pakar Prahospital**

- Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk rundingan kali pertama oleh Pakar yang berkaitan dengan Hilang Upaya dalam bilangan hari maksimum dan jumlah seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat sebelum dimasukkan ke Hospital, dan dengan syarat rundingan itu Perlu Dari Segi Perubatan dan lelah disyorkan secara bertulis oleh pengamal perubatan am yang memberikan rawatan. Bayaran tidak akan dibuat untuk rawatan klinikal (termasuk ubat dan rundingan berikutnya selepas penyakit didiagnosis) atau apabila Orang yang Diinsuranskan tidak dimasukkan ke hospital untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu.
7. **Bayaran Pembedahan**
Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk pembedahan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar, termasuk lawatan penilaian prapembedahan Orang yang Diinsuranskan oleh Pakar dan rawatan selepas pembedahan hingga bilangan hari maksimum dari tarikh pembedahan, tetapi dalam tempoh maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Jika lebih daripada satu pembedahan dijalankan bagi Mana-mana Satu Hilang Upaya, jumlah bayaran untuk semua pembedahan yang dijalankan, tidak boleh melebihi jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.
 8. **Bayaran Pakar Bius**
Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan oleh Pakar Bius untuk pemberian bahan bius yang Perlu Dari Segi Perubatan tetapi tidak boleh melebihi had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.
 9. **Lawatan Pakar Perubatan dalam Hospital**
Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan oleh Pakar Perubatan untuk lawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan ke alas pesakit yang berbayar semasa dimasukkan ke hospital kerana pembedahan dan hilang upaya bukan pembedahan tertakluk kepada maksimum satu (1) lawatan sehari tidak melebihi bilangan hari maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.
 10. **Rawatan Selepas Penghospitalan**
Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dalam rawatan susulan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar Perubatan yang sama yang lelah memberikan rawatan, mengikut bilangan hari dan jumlah maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital kerana pembedahan atau hilang upaya bukan pembedahan. Ini hendaklah termasuk ubat yang dipreskripsikan dalam rawatan susulan tetapi tidak boleh melebihi bekalan yang diperlukan untuk bilangan hari maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.
 11. **Pemindahan Organ**
Pembayaran balik Bayaran yang Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dalam pembedahan transplan untuk Orang yang Diinsuranskan yang merupakan penerima transplan buah pinggang, jantung, paru-paru, hati atau sum-sum tulang. Bayaran manfaat ini terpakai hanya sekali semur hidup semasa polisi berkuatkuasa dan hendaklah tertakluk kepada had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Kos pemerolehan organ dan semua kos yang ditanggung oleh penderma tidak dilindungi.
 12. **Rawatan Pesakit Luar Bagi Kemalangan dan Kecemasan**
Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung hingga jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, bagi kecederaan anggota badan yang dilindungi yang timbul daripada Kemalangan untuk rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan sebagai pesakit luar di mana-mana klinik atau hospital berdaftar dalam tempoh dua puluh empat (24) jam dari masa berlaku Kemalangan yang menyebabkan kecederaan anggota badan yang dilindungi. Rawatan susulan oleh doktor yang sama atau klinik atau Hospital berdaftar yang sama untuk kecederaan anggota badan yang dilindungi yang sama akan disediakan hingga jumlah maksimum dan bilangan hari maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.
 13. **Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar**
Pembayaran balik bagi Bayaran Kebiasaan dan Munasabah untuk rawatan fisioterapi pesakit luar yang dirujuk secara bertulis oleh pakar doktor atau pakar perubatan berlesen selepas pembedahan atau rawatan di dalam hospital dalam jumlah maksimum dan bilangan hari yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Bagaimanapun, tiada bayaran akan dibuat untuk perubatan atau rawatan dan nasihat lanjutan dengan pakar doktor atau pakar perubatan yang sama.
 14. **Bayaran Ambulans**
Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung untuk khidmat ambulans rumah (termasuk atendan) ke dan/atau dari Hospital di mana Orang yang Diinsuranskan itu dimasukkan ke hospital. Bayaran tidak akan dibuat jika Orang yang Diinsuranskan itu tidak dimasukkan ke hospital dan tertakluk kepada had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.
 15. **Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar Tahunan**
Jika Orang yang Diinsuranskan didiagnosis sebagai mengalami Kegagalan Buah Pinggang seperti yang didefinisikan di bawah, Syarikat akan membayar balik Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk rawatan dialisis buah pinggang yang dijalankan di pusat dialisis berdaftar yang sah tertakluk kepada had hilang upaya ini seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Rawatan tersebut (dialisis termasuk rundingan, ujian pemeriksaan, dadah yang dibawa pulang) hendaklah diterima di jabatan pesakit luar Hospital atau di pusat rawatan dialisis berdaftar sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital atau pembedahan. **Kegagalan Buah Pinggang** bermaksud kegagalan renal peringkat akhir yang menyebabkan kegagalan kronik dan tidak boleh pulih bagi kedua-dua buah pinggang untuk berfungsi dan oleh itu dialisis renal perlu dimulakan. **Adalah Menjadi syarat khas bagi Manfaat ini, bertentangan dengan pengecualian keadaan sedia ada, bahawa ia tidak akan dibayar untuk mana-mana Orang yang Diinsuranskan yang mengalami penyakit renal kronik dan/atau menerima rawatan dialisis sebelum tarikh kuat kuasa Insurans.**
 16. **Rawatan Kanser Pesakit Luar Tahunan**
Jika Orang yang diinsuranskan didiagnosis menghidap kanser seperti yang dinyatakan di bawah, Syarikat akan membayar balik Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung untuk rawatan kanser yang Perlu Dari Segi Perubatan yang dijalankan di pusat rawatan kanser berdaftar yang sah tertakluk kepada had bagi hilang upaya ini seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Rawatan sedemikian (radioterapi atau kemoterapi termasuk rundingan, ujian pemeriksaan, dadah yang dibawa pulang) hendaklah diterima di jabatan pesakit luar Hospital atau di pusat rawatan kanser berdaftar sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital atau pembedahan. Kanser ditakrifkan sebagai sel malignan yang tumbuh dan merebak secara tidak terkawal, dan serangan serta pemusnahan tisu normal tersebut dianggap memerlukan rawatan perantaraan atau pembedahan utama (tidak termasuk prosedur endoskopi). Kanser mesti disahkan melalui tanda malignansi histologi. Keadaan yang berikut dikecualikan:
 - a) Karsinoma insitu termasuk pada serviks;
 - b) Karsinoma insitu duktus pada buah dada;
 - c) Karsinoma Papilari pada pundi & Kanser Prostat Peringkat 1;
 - d) Semua kanser kulit kecuali melanoma malignan;
 - e) Penyakit Hodgkin Peringkat 1
 - f) Tumor yang menunjukkan dengan jelas komplikasi AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit
 Adalah Menjadi syarat khas bagi Manfaat ini, tanpa menyentuh pengecualian keadaan sedia ada, bahawa ia tidak akan dibayar untuk mana-mana Orang yang Diinsuranskan yang telah didiagnosis sebagai pesakit kanser dan/atau menerima rawatan kanser sebelum tarikh kuat kuasa Insurans.
 17. **Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan**
Bayaran elaun harian bagi setiap hari semasa berada di hospital kerajaan untuk Hilang Upaya yang dilindungi di Hospital Kerajaan Malaysia, dengan syarat Orang yang Diinsuranskan dihadkan kepada kadar Bilik dan Makan yang tidak melebihi jumlah dan bilangan hari yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Bayaran tidak akan dibuat bagi mana-mana Hospital Swasta dan Hospital Kerajaan Malaysia bagi hilang upaya yang dilindungi.
 18. **Manfaat Penjaga Harian Bagi Kanak-kanak yang Diinsuranskan**
Pembayaran Balik (sehingga had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat) belanja untuk makan dan penginapan yang ditanggung semasa menjaga Kanak-kanak yang Diinsuranskan (berumur kurang daripada lima (15) tahun) di hospital hingga bilangan hari maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.
 19. **Yuran Laporan Perubatan**

Pembayaran balik caj sebenar bagi laporan perubatan yang lengkap oleh Pakar Perubatan atau Pakar Bedah yang merawat untuk setiap hilang upaya tetapi tidak melebihi jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Polisi.

20. Cukai Perkhidmatan

6% daripada cukai perkhidmatan bagi bayaran bilik dan makan yang sebenar tertakluk kepada limit manfaat maksimum hari yang dinyatakan dalam jadual manfaat akan dibayar balik.

PENGECEUALIAN

Polisi ini tidak melindungi apa-apa penghospitalan, pembedahan atau bayaran yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung, sepenuhnya atau sebahagiannya, oleh mana-mana satu (1) kejadian yang berikut:

1. Penyakit sedia ada
2. Penyakit tertentu yang berlaku dalam tempoh 120 hari pertama bagi perlindungan berterusan.
3. Apa-apa keadaan perubatan atau fizikal yang berlaku dalam tempoh 30 hari pertama perlindungan atau tarikh pengembalian semula bagi Orang yang Diinsuranskan, mengikut mana-mana yang terakhir kecuali untuk kecederaan akibat kemalangan.
4. Pembedahan plastikkosmetik, khatan, pemeriksaan mala, cermin mala dan pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasan atau pembedahan (Keratotomi radial atau Lasik) dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alai prostetik seperti anggota tiruan, alai pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.
5. Penyakit pergigian termasuk rawatan pergigian atau pembedahan oral kecuali apabila diperlukan kerana Kecederaan Akibat Kemalangan padagigi asli yang sihat yang berlaku sepenuhnya dalam tempoh Insurans.
6. Penjagaan peribadi, rehat pulih atau jagaan kebersihan, dadah yang tidak dibenarkan, intoksikasi, pensterilan, penyakit venerel dan sekuelanya, AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit) atau ARC (Kompleks Berkaitan AIDS) dan penyakit berkaitan HIV (Sindrom Kurang Daya Tahan Manusia), dan apa-apa penyakit berjangkit yang memerlukan kuarantin oleh undang-undang.
7. Apa-apa rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.
8. Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, mengugurkan kandungan dan jagaan serta pembedahan prenatal atau postnatum, kaedah kawalan kelahiran kontraseptil mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketaksuburan, dislunsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pensterilan.
9. Penghospitalan terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis, pemeriksaan sinar-x, pemeriksaan lizikal atau perubatan am, tidak berkaitan dengan rawatan atau diagnosis Hilang Upaya yang dilindungi yang tidak Perlu Dari Segi Perubatan dan apa-apa rawatan pencegahan, ubat atau pemeriksaan pencegahan yang dijalankan oleh Pakar Perubatan, dan rawatan khusus untuk mengurangkan atau menaikkan berat badan.
10. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.
11. Perang atau apa-apa tindakan perang, diisytiharkan atau tidak diisytiharkan, aktiviti jenayah atau pengganas, bergiat cergas dalam mana-mana angkatan bersenjata, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan dan kekecohan awam atau penderhakaan tentera.
12. Radiasi pengionan atau pencemaran melalui radioaktiviti daripada mana-mana bahan api nuklear atau sisa nuklear daripada proses pembelahan nuklear atau daripada apa-apa bahan senjata nuklear.
13. Belanja yang ditanggung untuk menderma mana-mana organ tubuh oleh Orang yang Diinsuranskan dan kos pemerolehan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma ketika tranplan organ dan komplikasinya.
14. Penyiasatan dan rawatan gangguan tidur dan dengkur, terapi penggantian hormone dan terapi pilihan seperti rawatan, khidmat atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada khidmat kiropraktik, akupunktur, akutekanan, relleksologi, pengikatan tulang, rawatan pakar herba,urut atau terapi aroma atau rawatan pilihan yang lain.
15. Jagaan atau rawatan yang pembayarannya tidak dikehendaki atau setakat yang ia dibayar oleh mana-mana insurans lain atau tanggung rugi yang melindungi Orang Yang Diinsuranskan dan Hilang Upaya

yang timbul daripada tugas dalam pekerjaan atau kerjaya yang dilindungi di bawah Kontrak Insurans Pampasan Pekerja.

16. Psikotik, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).
17. Kos belanja bagi khidmat yang bersilat bukan perubatan, seperti televisyen, telefon, khidmat teleks. radio atau kemudahan yang serupa, kit/pek kemasukan dan barang bukan perubatan lain yang tidak layak.
18. Sakit atau kecederaan yang timbul daripada apa-apa jenis perlumbaan (kecuali perlumbaan jalan kaki), sukan berbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjun di udara, luncur air, aktiviti dalam air yang memerlukan alai pernafasan, sukan musim sejuk, sukan profesional dan aktiviti yang tidak dibenarkan.
19. Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.
20. Belanja yang ditanggung untuk menukar jantina.

SYARAT-SYARAT AM

1. Menurut Kenyataan Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013

Apabila Pihak Diinsuranskan telah memohon Insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggungannya, Pihak Diinsuranskan mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata di dalam Borang Cadangan (atau semasa permohonan insurans ini). Dalam kata lain, Pihak Diinsuranskan haruslah menjawab soalan-soalan dengan penuh dan tepat. Kegagalan dalam mengambil langkah munasabah dalam menjawab soalan-soalan boleh mengakibatkan pembatalan kontrak insurans, keengganan atau pengurangan gantirugi, perubahan kepada terma atau penamatan kontrak insurans Pihak Diinsuranskan selaras dengan remedi di Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013. Pihak Diinsuranskan juga dikehendaki mendedahkan perkara-perkara lain yang diketahui oleh Pihak Diinsuranskan yang akan mempengaruhi keputusan pihak Syarikat dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang akan dikenakan.

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

2. Maksud

Polisi ini dan Jadualnya liendaklah dibaca bersama sebagai satu kontrak dan sebarang perkataan atau pernyataan yang disertakan dengan makna khusus dalam mana-mana bahagian Polisi atau Jadual hendaklah membawa makna khusus yang sama di mana juga ia digunakan.

3. Tempoh Perlindungan dan Pembaharuan

Polisi ini hendaklah berkuatkuasa mengikut tarikh yang dinyatakan pada Jadual. Ulang Tahun Polisi adalah satu tahun selepas tarikh kuat kuasa dan-setiap tahun berikutnya. Pada setiap ulang tahun itu, Polisi ini boleh dibaharui pada kadar premium yang berkuatkuasa pada masa itu dan sebarang perubahan pada pembaharuan premium akan dimaklumkan oleh Syarikat melalui surat sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari sebelum perubahan itu berkuatkuasa.

Pada 2 tahun pertama polisi bermula

Polisi ini boleh diperbaharui mengikut pilihan Syarikat. Permohonan untuk pertukaran manfaat kepada pelan yang lebih tinggi hanya akan dibuat pada pembaharuan dan tertakluk kepada penerimaan Syarikat ketika pembaharuan.

Dari tahun ketiga polisi bermula (dengan syarat tiada tuntutan berlaku dalam 2 tahun sebelumnya sama ada dari RHBI atau mana-mana syarikat insurans

Polisi ini boleh diperbaharui mengikut pilihan pemegang polisi tertakluk kepada terma, syarat dan penamatan pada setiap tarikh ulang tahun Polisi. Premium pembaharuan yang dibayar tidak dijamin dan Syarikat berhak menyemak semula kadar premium yang terpakai pada masa pembaharuan itu. Perubahan tersebut, jika ada, hendaklah terpakai kepada semua pemegang polisi tanpa mengambil kira pengalaman tuntutan mereka mengikut penilaian risiko Syarikat. Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan pemegang polisi sehingga berlaku mana-mana yang berikut:

- a) premium tidak dibayar atau premium tidak dibayar mengikut masa yang ditetapkan
- b) penipuan atau salah nyataan fakta penting semasa membuat pemohonan
- c) polisi dibatalkan atas permintaan pemegang polisi
- d) Orang yang Diinsuranskan tidak lagi layak menjadi tanggungan berdasarkan takrif polisi;
- e) Orang yang Diinsuranskan mencapai had umur perlindungan yang ditetapkan
- f) berlaku kematian Orang yang Diinsuranskan; dan premium tidak dibayar atau premium tidak dibayar mengikut masa; penamatan perlindungan semua polisi dalam pasaran tertentu dan Syarikat menarik balik polisi ini sepenuhnya dari pasaran menurut Syarat Penarikan Balik Portfolio.

4. **Wilayah Geografi**

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

5. **Rawatan Luar Negara**

Jika Orang yang Diinsuranskan memilih atau dirujuk untuk dirawat di luar Malaysia oleh Pakar Perubatan yang Merawat, manfaat bagi rawatan itu hendaklah dihadkan kepada Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang perlu dari segi perubatan untuk rawatan yang sama di Malaysia dan kos pengangkutan ke tempat rawatan dikecualikan. Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan adalah dianggap seperti yang tertera di dalam Jadual Yuran Persatuan Perubatan Malaysia.

6. **Pindaan**

Syarikat berhak meminda terma dan peruntukan Polisi ini dengan memberikan notis awal tiga puluh (30) hari secara bertulis melalui pas biasa ke alamat terakhir Pemilik yang diketahui mengikut rekod Syarikat, dan pindaan tersebut akan terpakai dari pembaharuan berikutnya bagi Polisi ini. Pindaan kepada Polisi ini tidak sah kecuali jika Diluluskan oleh Syarikat dan kelulusan itu hendaklah diendorskan pada Polisi tersebut. Penanggung Insurans hendaklah memberikan notis awal tiga puluh (30) hari secara bertulis kepada pemegang polisi mengikut alamat terakhir yang direkodkan bagi mana-mana pindaan yang dibuat.

7. **Pembatalan**

Polisi ini boleh dibatalkan oleh Pemegang Polisi pada bila-bila masa dengan memberikan notis bertulis kepada Syarikat, dan dengan syarat tiada tuntutan dibuat dalam tahun polisi semasa. Pemegang Polisi layak menerima bayaran balik premium seperti yang berikut:-

Tempoh Tidak Melebihi	Bayaran Balik Premium Tahunan
15 days (terpakai 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 bayaran balik

8. **Perakuan, Maklumat & Bukti**

Semua sijil, maklumat, laporan dan bukti perubatan seperti yang dikehendaki oleh Syarikat hendaklah diserahkan atas belanja Orang yang Diinsuranskan, dan dalam borang tertentu yang mungkin dikehendaki oleh Syarikat. Semua notis apabila dikehendaki oleh Syarikat supaya diberikan oleh Pemegang Polisi, hendaklah secara bertulis dan dialamatkan kepada Syarikat. Orang yang Diinsuranskan hendaklah, atas permintaan dan

belanja Syarikat, menyerahkan kepada pemeriksaan perubatan apabila ia dianggap perlu.

9. **Undang-undang Yang Mengawal Polisi**

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

10. **Silap Nyata Umur**

Jika umur Orang yang Diinsuranskan telah tersilap nyata dan akibatnya premium yang dibayar tidak mencukupi, maka apa-apa tuntutan yang dibayar di bawah Polisi ini hendaklah dikira secara pro rata berasaskan nisbah premium sebenar yang dibayar dengan premium yang betul yang sepatutnya dikenakan selama setahun. Apa-apa premium yang berlebihan, yang mungkin telah dibayar akibat silap nyata umur, hendaklah dibayar balik tanpa faedah.

Jika pada umur yang betul, Orang yang Diinsuranskan itu tidak layak dilindungi di bawah Polisi ini, maka tiada manfaat akan dibayar.

11. **Perubahan Dalam Resiko**

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

12. **Subrogasi**

Jika Syarikat bertanggung untuk membuat apa-apa bayaran di bawah Polisi ini, Syarikat hendaklah mensubrogasi setakat bayaran itu ke atas semua hak dan remedi bagi Orang yang Diinsuranskan terhadap mana-mana pihak dan berhak atas belanjanya sendiri membuat dakwaan atas perintah Orang yang Diinsuranskan. Orang yang Diinsuranskan hendaklah memberikan atau mengarahkan agar diberikan kepada Syarikat semua bantuan seumpamanya yang di bawah kuasanya seperti yang mungkin dikehendaki oleh Syarikat untuk menjamin hak dan remedi dan atas permintaan Syarikat hendaklah melaksanakan atau menyebabkan dilaksanakan semua dokumen yang perlu bagi membolehkan Syarikat mengambil mengambil tindakan guaman secara berkesan atas perintah Orang yang Diinsuranskan.

13. **Sumbangan**

Jika Orang yang Diinsuranskan mempunyai insurans lain yang melindungi mana-mana penyakit atau kecederaan yang diinsuranskan oleh polisi ini, Syarikat tidak bertanggungjawab membayar jumlah yang lebih besar bagi penyakit atau kecederaan itu daripada jumlah yang terpakai bersama-sama ini yang ditanggung oleh Polisi ini bagi jumlah keseluruhan semua insurans yang sah yang melindungi penyakit atau kecederaan itu.

14. **Bayaran Bersama Bilik dan Makan Dinaikkan**

Jika Orang yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital pada kadar Bilik dan Makan yang diumumkan yang lebih tinggi daripada manfaat yang dia layak, Orang yang Diinsuranskan hendaklah menanggung 20% daripada manfaat lain yang dia layak yang diterangkan dalam Jadual Manfaat.

15. **Pemilikan Polisi**

Kecuali diperuntukkan sebaliknya secara nyata melalui Endorsemen dalam Polisi, Syarikat berhak menganggap Pemegang Polisi sebagai pemilik mutlak Polisi. Syarikat tidak terikat untuk mengiktiraf apa-apa tuntutan ekuiti atau tuntutan lain ke atas Polisi atau kepentingan dalam Polisi, dan penerimaan Polisi atau Manfaat oleh Pemegang Polisi (atau oleh wakilnya yang sah atau yang diberi kuasa) sahaja hendaklah merupakan pelepasan efektif bagi semua obligasi dan liabiliti Syarikat. Pemegang Polisi hendaklah dianggap sebagai prinsipal atau Ejen bertanggungjawab bagi Orang yang Diinsuranskan yang dilindungi di bawah Polisi ini.

16. **Tempoh Tertangguh**

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

17. **Kediaman di Luar Negara**

Tiada manfaat akan dibayar untuk apa-apa rawatan perubatan yang diterima oleh Orang yang Diinsuranskan di luar Malaysia jika Orang yang Diinsuranskan itu tinggal atau membuat perjalanan di luar Malaysia lebih daripada sembilan puluh (90) hari berturut-turut.

18. **Pengambilalihan Polisi**

Jika polisi ini bermula sebaik sahaja selepas penamatan polisi terdahulu dan jika Orang yang Diinsuranskan mengalami hilang

- upaya perubatan sebelum atau pada masa polisi ini bermula (dan manfaat di bawah polisi terdahulu disediakan untuknya), Orang yang Diinsuranskan itu hendaklah terus dilindungi bagi hilang upaya sedia ada, tetapi tidak melebihi had polisi terdahulu dengan syarat Syarikat telah memperoleh satu salinan polisi terdahulu.
21. **Polisi Ditingkatkan**
Jika Manfaat Layak Diterima bagi mana-mana Orang yang Diinsuranskan di bawah syarat Polisi ini ditambah semasa ia berkuatkuasa atau pada masa Pembaharuan atau penggantian dan jika Orang yang Diinsuranskan itu mengalami Hilang Upaya sebelum atau pada masa Manfaat ditambah, maka Had Manfaat yang dibayar bagi Hilang Upaya itu tidak boleh melebihi Had Manfaat sebelum tarikh Manfaat itu ditingkatkan.
22. **Polisi Pengubahan**
Jika Manfaat Layak Diterima yang disediakan di bawah Polisi ini telah diubah daripada perlindungan 'Had Dalam' sedia ada kepada perlindungan 'Pembayaran Balik Mengikut Bayaran/Penuh', dan jika Orang yang Diinsuranskan itu mengalami Hilang Upaya sebelum atau pada masa Manfaat diubah, maka Manfaat yang dibayar bagi Hilang Upaya itu hendaklah selaras dengan Jadual Manfaat sebelum tarikh manfaat Layak Diterima diubah.
23. **Tempoh Bertenang**
Jika Polisi ini telah dikeluarkan dan atas apa-apa alasan, Orang yang Diinsuranskan membuat keputusan untuk tidak mengambil Polisi itu, Orang yang Diinsuranskan itu boleh mengembalikan Polisi itu kepada Syarikat untuk pembatalan dengan syarat permohonan untuk pembatalan diserahkan oleh Orang yang Diinsuranskan kepada Syarikat dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh penyerahan Polisi. Orang yang Diinsuranskan itu layak menerima pulangan penuh premium yang telah dibayar tolak belanja perubatan yang ditanggung oleh Syarikat untuk mengeluarkan Polisi tersebut.
24. **Syarat Penarikan Balik Portfolio**
Syarikat berhak membatalkan portfolio secara keseluruhan jika ia memutuskan untuk menghentikan penanggung jaminan produk insurans ini.
Pembatalan portfolio secara keseluruhan hendaklah diberitahu melalui notis bertulis kepada pemegang polisi dan Syarikat akan menghentikan semua polisi hingga ke tarikh tamat tempoh perlindungan dalam portfolio.
23. **Prosedur Tuntutan**
23.1 KEJADIAN MENYEBABKAN TUNTUTAN
- Orang yang Diinsuranskan hendaklah dalam tempoh tiga puluh (30) hari Hilang Upaya yang melibatkan belanja boleh tuntutan, memberikan notis bertulis kepada Syarikat dengan menyatakan butiran lengkap kejadian tersebut, termasuk semua bil dan resit asal, serta laporan lengkap Pakar Perubatan yang menyatakan diagnosis keadaan yang dirawat dan tarikh Hilang Upaya bermula mengikut pendapat Pakar Perubatan dan rumusan kos rawatan oleh Pakar Perubatan termasuk ubat dan khidmat yang diberikan. Kegagalan memberikan notis tersebut dalam tempoh yang dibenarkan tidak boleh membatalkan apa-apa tuntutan jika ditunjukkan tidak munasabah untuk memberikan notis itu dan notis itu telah diberikan secepat yang mungkin.
 - Orang yang Diinsuranskan hendaklah mendapatkan dan bertindak berdasarkan nasihat perubatan yang sewajarnya dan Syarikat tidak bertanggungjawab jika rawatan atau khidmat diperlukan berikutan kegagalan Orang yang Diinsuranskan berbuat demikian.
24. **Tuntutan Tidak Lengkap**
Semua tuntutan hendaklah diserahkan kepada Syarikat dalam tempoh tiga puluh (30) hari setelah kejadian itu selesai yang untuknya tuntutan itu dibuat. Tuntutan tidak dianggap lengkap dan Manfaat Layak Diterima tidak akan dibayar kecuali semua bil untuk tuntutan itu telah diserahkan dan dipersetujui oleh Syarikat. Hanya kos sebenar yang ditanggung akan dipertimbangkan untuk pembayaran balik. Apa-apa perbezaan atau penepian bagi perkara di atas adalah mengikut budi bicara Syarikat semata-mata.
25. **Mata Wang Bayaran**
Semua bayaran di bawah polisi ini hendaklah dibuat dalam mala wang Malaysia yang sah. Sekiranya apa-apa bayaran yang diminta oleh Orang yang Diinsuranskan supaya dibayar dalam mala wang lain, maka jumlah tersebut hendaklah dibayar dalam mala wang yang diminta seperti yang boleh dibeli di Malaysia pada kadar pasaran mala wang semasa padatarikh penyelesaian tuntutan.
26. **Prasyarat Liabiliti**
Pematuhan dan pelaksanaan lerna, peruntukan dan syarat Polisi ini dengan sewajarnya oleh Orang yang Diinsuranskan dan selagi berkaitan dengan apa-apa yang perlu dilakukan atau dipatuhi oleh Orang yang Diinsuranskan hendaklah menjadi prasyarat apa-apa liabiliti Syarikat.
27. **Notis**
Setiap notis atau komunikasi kepada Syarikat hendaklah dibuat secara bertulis dan dihantar kepada Syarikat. Pindaan bagi syarat dalam Polisi ini atau apa-apa pengendorsan padanya, tidak sah kecuali pindaan itu ditandatangani atau dipapar oleh wakil Syarikat yang diberi kuasa.
28. **Salah Nyata atau Ketinggalan Fakta Penting**
Jika:
- sebarang jawapan, pendedahan atau pernyataan yang Pihak Diinsuranskan berikan, sebelum kontrak insurans ini dimeterai, diubah atau diperbaharui, dalam atau kepada mana-mana cadangan atau perakuan atau pertanyaan, yang dibuat secara sengaja atau melu dari segenap segi; atau
 - sebelum kontrak insurans ini dimeterai, diubah atau diperbaharui, Pihak Diinsuranskan gagal mendedahkan apa-apa fakta yang Pihak Diinsuranskan ketahui yang berkaitan dengan keputusan pihak Syarikat untuk menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan; atau
 - apa-apa tuntutan yang dibuat berbentuk penipuan atau ditokotambah, atau sebarang perakuan atau kenyataan palsu dibuat untuk menyokong tuntutan tersebut.
- maka dalam mana-mana hal di atas, Polisi ini adalah batal.
29. **Prosiding Undang-undang**
Tindakan undang-undang atau ekuiti tidak boleh dibawa ke mahkamah untuk mendapatkan semula Polisi ini sebelum tamat tempoh enam puluh (60) hari selepas bukti bertulis tentang kerugian diberikan menurut keperluan Polisi ini. Jika Orang yang Diinsuranskan gagal memberikan bukti kerugian yang diperlukan seperti yang dinyatakan oleh lerna, peruntukan dan syarat Polisi, maka Orang yang Diinsuranskan boleh, dalam tempoh bertenang bagi satu tahun kalendar dari masa bukti bertulis bagi kerugian itu diberikan, menyerahkan bukti kerugian yang berkaitan kepada Syarikat dengan alasan yang kukuh kerana kegagalan mematuhi lerna, peruntukan dan syarat Polisi. Penerimaan bukti kerugian itu adalah semata-mata dan sepenuhnya mengikut budi bicara Syarikat. Selepas tempoh bertenang itu tamat, Syarikat tidak akan menerima, walau dengan apa-apa alasan sekalipun, bukti bertulis tentang kerugian itu.
30. **Timbang Tara**
Semua perbezaan yang timbul daripada Polisi ini hendaklah dirujuk kepada penimbang *tara* yang hendaklah dilantik secara bertulis oleh pihak dalam perbezaan. Jika mereka tidak berjaya mendapatkan persetujuan tentang siapa yang akan menjadi Penimbang Tara dalam tempoh satu (1) bulan apabila diminta secara bertulis untuk berbuat demikian, maka kedua-dua pihak layak melantik Penimbang Tara yang setiap seorang akan mendengar perbezaan itu bersama-sama dengan Pengadil yang akan dilantik oleh kedua-dua Penimbang Tara itu. Walau bagaimanapun, dengan syarat apa-apa penafian liabiliti oleh Syarikat bagi apa-apa tuntutan di bawah ini hendaklah dirujuk kepada Penimbang Tara dalam tempoh dua belas (12) bulan kalendar dari tarikh penafian tersebut.
31. **Tunai Sebelum Perlindungan**
Adalah menjadi syarat mutlak khas kontrak insurans ini bahawa premium perlu dibayar mesti dibayar dan diterima oleh Syarikat sebelum perlindungan insurans berkuatkuasa.
32. **Penamatan Automatik**
Insurans Orang Yang Diinsuranskan tamat secara automatik pada tarikh kejadian-kejadian berikut, yang mana lebih awal:
- apabila Orang yang Diinsuranskan meninggal dunia; atau
 - pada Ulang Tahun Polisi selepas ahri lahir ke 75 Orang yang Diinsuranskan; atau
 - untuk anak tanggungan, pada hari lahir ke 19 atau pada hari lahir yang ke 23 jika masih menuntut di pengajian tinggi secara sepenuh masa; atau
 - jika jumlah faedah yang dibayar di bawah Polisi sejak Ulangtahun Polisi terakhir melebihi Had Tahunan Keseluruhan bagi Tahun Polisi tersebut; atau

- e) jika jumlah faedah yang dibayar di bawah polisi semasa tempoh insurans melebihi Had Seumur Hidup (untuk pembaharuan polisi bergantung kepada pilihan Pemegang Polisi), atau
- f) pada waktu tengah malam Malaysia standard pada hari terakhir Tempoh Insurans melainkan Orang yang Diinsuranskan menginap di hospital pada masa berkenaan. Dalam kes begini, masa penamatan akan dilanjutkan kepada:
- (i) pada masa Orang yang Diinsuranskan keluar dari Hospital; atau
 - (ii) apabila Had Tahunan Keseluruhan habis digunakan ; yang mana lebih awal

33. Polisi Akan Ditamatkan

Polisi ini akan tamat jika cadangan dan perakuan yang dibuat oleh orang yang diinsuranskan atau mana-mana kenyataan bertulis yang diberikan oleh Orang yang Diinsuranskan adalah tidak benar dalam apa bentuk sekalipun, atau jika sebarang fakta penting yang memberi kesan kepada risiko dinyatakan atau diwakili secara salah, atau diketepikan dalam dokumen ini. Polisi ini juga akan tamat jika Orang yang Diinsuranskan membuat sebarang tuntutan yang palsu atau ditokok tambah, atau jika Orang yang Diinsuranskan membuat sebarang perakuan atau kenyataan palsu dalam menyokong mana-mana tuntutan.

34. Premium

Ketika Tempoh Insurans, premium untuk insurans di bawah Polisi ini adalah tidak dijamin dan adalah berasaskan kadar premium yang berkuatkuasa ketika pembaharuan. Premium adalah berbayar pada kadar premium mengikut usia ahli pada setiap ulangtahun Polisi. Syarikat berhak untuk mengubah kadar pada mana premium dikira, pada permulaan mana-mana Tahun Polisi, dengan syarat pihak Syarikat memaklumkan Pemegang Polisi dalam masa sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari sebelum tarikh premium berkenaan perlu dibayar. Kadar premium akan meningkat mengikut usia Yang Diinsuranskan, pada ulangtahun polisi kedua, jatuh di bawah kadar lingkungan usia yang baru.

<ul style="list-style-type: none"> • Rundingan Pakar Prahospital (dalam jangka masa 60 hari sebelum kemasukan) • Yuran Pembedahan • Bayaran Pakar Bius • Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (maks. harlan sehingga 200 hari) • Rawatan Selepas Penghospitalan (dalam jangka masa 31 hari selepas tarikh keluar hospital) • Pemindahan Organ (Pemindahan Jantung, Buah Pinggang, paru-paru, Hati atau Tulang Sum-sum) 	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>MANFAAT PESAKIT LUAR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rawatan Pesakit bagi Kemalangan dan Kecemasan (dalam jangka masa 24 Jam dan rawatan susulan sehingga maks. 31 hari) • Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar (dalam masa 90 hari dari tarikh keluar hospital / pembedahan) • Yuran Ambulans 	Seperti Yang Dikenakan (Tertakluk kepada Bayaran yang Diperlukan, Munasabah dan Biasa Diamalkan)					
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar Tahunan • Rawatan Kanser Pesakit Luar Tahunan 	12,000	21,000	24,000	28,000	30,000	36,000
<ul style="list-style-type: none"> • Rawatan Kanser Pesakit Luar Tahunan 	12,000	21,000	24,000	28,000	30,000	36,000

JADUAL MANFAAT						
PELAN MANFAAT	Pelan 1 (RM)	Pelan 2 (RM)	Pelan 3 (RM)	Pelan 4 (RM)	Pelan 5 (RM)	Pelan 6 (RM)
HAD-HAD KESELURUHAN						
• Had Tahunan Keseluruhan	20,000	30,000	50,000	80,000	100,000	150,000
• Had Seumur Hidup Keseluruhan	60,000	90,000	150,000	240,000	300,000	450,000
MAKSIMUM BAGI SETIAP KETIDAKUPAYAAN						
MANFAAT HOSPITAL						
• Bilik Hospital & Makan (Maks. 200 hari)	80	120	200	300	350	450
• Unit Rawatan Rapi (Maks. 75 hari)	160	250	400	450	500	600
• Bekalan & Khidmat Hospital	Seperti Yang Dikenakan (Tertakluk kepada Bayaran yang Diperlukan, Munasabah dan Biasa Diamalkan)					
• Bayaran Bilik Bedah	Seperti Yang Dikenakan (Tertakluk kepada Bayaran yang Diperlukan, Munasabah dan Biasa Diamalkan)					
MANFAAT PEMBEDAHAN & PERUBATAN	Seperti Yang Dikenakan (Tertakluk kepada Bayaran yang Diperlukan, Munasabah dan Biasa Diamalkan)					
• Ujian Diagnostik Pra Hospital (Dalam jangka masa 60 hari sebelum kemasukan)	Seperti Yang Dikenakan (Tertakluk kepada Bayaran yang Diperlukan, Munasabah dan Biasa Diamalkan)					

MANFAAT LAIN						
• Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan (Maks. 150 hari)	35	45	50	55	60	65
• Manfaat Penjaga Harian Bagi Kanak-kanak yang Diinsuranskan (Maks. 200 hari)	50	75	100	150	175	200
Yuran Laporan Perubatan	Seperti Yang Dikenakan (Tertakluk kepada Bayaran yang Diperlukan, Munasabah dan Biasa Diamalkan)					
Cukai Perkhidmatan	6% daripada perbelanjaan yang layak					

35. Untuk senarai panel hospital & klinik

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

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 pengendoursan 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 : bnmteleshink@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