

## POS MALAYSIA HOSPITAL CASH INCOME PLAN

### OUR AGREEMENT

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, any sickness, disease, illness or accidental injury necessitates the Insured Person to be confined to a hospital for treatment, the Company will subject to the terms provisos exclusions and conditions of and endorsed on this Policy, pay to the Insured or his/her legal personal representative the sum or sums stated in Policy Schedule in respect of:-

- a) illness occurring more than thirty (30) days after the commencement of this Insurance.
- b) injury occurring after the commencement of this Insurance.

Provided always that

- a) The liability of the Company shall not exceed the limit as set out in the Schedule of Benefits for any one period of insurance.
- b) This Policy shall become effective as of the date stated in the Schedule.

### GENERAL PROVISIONS

1. **Persons Eligible**  
Insured Person aged between eighteen (18) and sixty (60) years and renewable up to sixty-five (65) years;
2. **Geographical Territory**  
All benefits provided in this Policy are applicable worldwide for twenty-four (24) hours a day.
3. **Benefits**
  - a) Insured Person shall not be covered under more than one "POS Malaysia Hospital Cash Income Plan". In the event that the Insured Person is covered under more than one of such Policy, the company will consider that Insured Person to be insured under the Policy, which provides the highest Benefits. When the benefit under each such Policy is identical, the Company shall consider that Insured Person to be insured under the Policy first issued. The Company will refund any duplicated insurance premium payment, which may have been made by or on behalf of that Insured Person.  
Except as provided in item 3a, Benefits under this Policy shall be paid in addition to any other insurance benefit to which the Insured Person may be entitled.
  - b) Benefits of the policy as defined under Description of Benefits shall not be payable should an Insured Person who as a result of Sickness or Injury specifically leaves Malaysia or his or her Country of Residence, to seek treatment elsewhere and as a direct result of such Sickness or Injury is confined as a resident Inpatient in a Hospital outside Malaysia or outside his or her Country of Residence.

### DEFINITIONS

1. **"Insurer" or "Company"** means RHB Insurance Bhd.
2. **"Effective Date of Policy"** means the date on which insurance under this Policy commenced, as stated in the Policy Schedule/Certificate of Insurance.
3. **"Schedule"** means the policy schedule, which is attaching to and forming part of the Policy.
4. **"Insured Person" or "Covered Person"** shall mean the person described in the Policy Schedule/Certificate of Insurance.
5. **"Daily Hospital Cash"** means the benefit payable in respect of each day of Hospital Confinement as a Resident In-patient for Sickness or Injury covered by this Policy.

6. **"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.
7. **"Injury"** shall mean bodily injury solely caused by Accident.
8. **"Sickness", "Disease", or "Illness"** shall mean a physical condition marked by a pathological deviation from the normal healthy state.
9. **"Disability"** shall mean a Sickness, Disease, Illness or the entire injuries arising out of a single or continuous series of causes.
10. **"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.
11. **"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.
12. **"Specified Illnesses"** shall mean the following disabilities and its related complications, occurring within the first 120 days of insurance of the Insured Person:
  - a) Hypertension, diabetes mellitus and Cardiovascular disease
  - b) All tumors, 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.
13. **"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.
14. **"Congenital Conditions"** shall mean any medical or physical abnormalities existing at the time of birth, as well as neo-natal physical abnormalities developing within six (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.
15. **"Hospital"** shall mean only an establishment duly constituted and registered as a government or private owned Hospital (excluding Army/ Military 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 twenty-four (24) hour a day nursing services by registered and graduate nurses;
  - c) is under the supervision of a Physicians; and
  - d) is not primarily a clinic, a place for alcoholics or drug addicts, nursing, rest or convalescent home or a home for the aged or similar establishment.
16. **"Hospital Confinement"** means the Insured Person being duly registered and admitted as an in-patient in a Hospital for more than twelve (12) hours.
17. **"Intensive Care Unit"** shall mean a section within a Hospital which is designed 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. **"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.
19. **"Country of Residence"** means :-

- a) The country of which the Insured person is a permanent resident or/and;
  - b) Any other country to which the Insured person is assigned, or is otherwise domiciled, for a consecutive period of thirty-one days or longer.
20. "Medically Necessary" shall mean a medical service which is:-
- a) consistent with the diagnosis and customary medical treatment for a covered Disability, and
  - b) in accordance with standards of good medical practice, consistent with current standard of professional medical care, and of proven medical benefits, and
  - c) not for the convenience of the Insured or the Physician, and unable to be reasonably rendered out of hospital (if admitted as an inpatient), and
  - d) not of an experimental, investigational or research nature, preventive or screening nature,
  - e) for which the charges are fair and reasonable and customary for the Disability.

#### PRODUCT BENEFITS

BENEFITS	PLAN	
	GOLD	DIAMOND
Daily Hospital Cash	RM100 per day	RM200 per day
Daily Intensive Care Cash	RM200 per day	RM400 per day
Lump Sum Payment	RM500	RM1,000

#### DESCRIPTIONS OF BENEFITS

##### 1. Daily Hospital Cash

When Sickness or Injury shall cause an Insured Person's Hospital Confinement, and provided such Confinement shall commence while insurance under this Policy is in effect with respect to such Insured Person, the Company shall pay the daily hospital cash benefits as specified on the Policy Schedule for the period the Insured Person shall be so confined, up to a maximum of 180 days any one disability and any one Policy year.

##### 2. Daily Intensive Care Cash

Where sickness or injury shall cause hospital confinement in an Intensive Care Unit, the Company shall pay the benefit as specified on the policy schedule up to a maximum of 30 days any one disability and any one Policy year.

##### 3. Lump Sum Payment

When Sickness or Injury shall cause hospital confinement exceeding 15 days consecutively residing as in-patient on the same hospital, lump sum payment applicable to such person shall be payable as specified on the Policy Schedule and such money payable is confined to any one disability and any one Policy year.

#### GENERAL EXCLUSIONS

No benefit shall be payable in respect of any period of hospital confinement unless the entire confinement had been recommended and approved by a registered medical practitioner and in accordance with the diagnosis and treatment of the condition for which the hospital confinement was required.

This policy shall not cover;

- a) All Pre-existing Illnesses.
- b) All Specified Illnesses occurring during the first 120 days of continuous cover.
- c) Any medical or physical conditions arising within the first 30 days of the Insured Person's cover or date reinstatement whichever is latest except for accidental injuries.
- d) Plastic/Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness (Radial Keratotomy or Lasik) and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof.
- e) 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.
- f) Private nursing, rest cures or sanatoria care, illegal drugs, intoxication, sterilization, venereal disease and its sequelae, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or ARC (AIDS Related Complex) and HIV related diseases, and any communicable diseases required quarantine by law.
- g) Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions.

- h) Pregnancy, childbirth (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.
- i) Hospitalization primarily for investigatory purposes, diagnosis, X-ray examination, general physical or medical examinations, not incidental to treatment or diagnosis of a covered Disability or any treatment which is not Medically necessary and any preventive treatments, preventive medicines or examinations carried out by a Physician, and treatments specifically for weight reduction or gain.
- j) Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while sane or insane.
- k) 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.
- l) Any person who resides outside Malaysia for more than six months continuously, this Policy is deemed to cancel thereof.
- m) Ionising radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any other nuclear weapons material.
- n) 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.
- o) Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical service or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bonesetting, herbalist treatment, massage or aroma therapy or other alternative treatment.
- p) 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.
- q) Psychotic, mental or nervous disorder (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
- r) Sickness or injury arising from racing of any kind (except foot racing), hazardous sports such as but not limited to skydiving, water skiing, underwater activities requiring breathing apparatus, winter sports, professional sports and illegal activities.
- s) Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.
- t) Expenses incurred for sex changes.

#### GENERAL CONDITIONS

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

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

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

##### 2. Period of Cover and Renewal

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

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

**3. Cancellation**

This Policy may be cancelled by the Policyholder at any time by giving a written, 14 days 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	90% (applicable to renewal only)
1 month	80%
2 months	70%
3 months	60%
4 months	50%
5 months	40%
6 months	30%
7 months	25%
8 months	20%
9 months	15%
10 months	10%
11 months	5%
Period exceeding 11 months	No refund

**4. Premium**

**Cash Before Cover**

It is a fundamental and absolute special condition of this contract of insurance that the premium due must be paid and received by the Company from the inception date of this policy I endorsement I renewal certificate.

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

Subject otherwise to the terms, exceptions and conditions of this Policy.

**5. Claim Procedures**

- i. On the happening of any occurrence likely to give rise to a claim under this Policy, written notice shall be given to the Company's Claims Department, Level 12, West Wing, The Icon, No. 1, Jalan 1/68F, Jalan Tun Razak, 55000 Kuala Lumpur as soon as possible and, in any event, within 30 days after the date of occurrence. The Company will then provide the Insured with forms for filing proof of claim.
- ii. Any documents or evidence required by the Company to verify the claim shall be provided by the Insured at his or her own expense. Any examination required by the Company to verify the claim will be at the Company's expense. The Company shall, in the event of the death of an Insured Person be entitled to have a post-mortem examination performed at its own expense where it is not prohibited by Law.
- iii. Failure to notify the Company within the time limit prescribed shall not invalidate the claim if it can be shown, to the Company's satisfaction that it is not reasonably possible to give such proof within then prescribed time limit for an otherwise legitimate claim.

**6. Payment of Benefits**

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

**7. 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.

**8. Interpretation**

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

**9. 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.

**10. Governing Law**

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

**11. Legal Proceedings**

No action at law or in equity shall be brought to recover on the Policy prior to the expiration of sixty (60) days after written proof of claim 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 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.

**12. Change of Address, Occupation, Pursuits, etc.**

The Insured Person shall give immediate notice in writing to the Company of any change of address, occupation, pursuits or any injury, disease, physical defect of infirmity by which the Insured Person has become affected.

**13. 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.

**14. Currency of Payment**

All payments under this Policy shall be made in the legal currency of Malaysia. In the event of hospitalisation outside of Malaysia, bills rendered in terms of currency other than Malaysian Ringgit shall be payable on the basis of the quoted exchange rate (open market rate if a free market, official rate if not a free market) in effect on the date of discharge from hospital of the Insured Person.

**15. 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 I Certificate of Insurance 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.

**16. 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 by giving 30 days notice in writing to the policyholder and the Company will run off all policies to expiry of the period of cover within the portfolio.

**17. Residence Overseas**

No benefit whatsoever shall be payable should an Insured Person, who, as a result of sickness, specifically leaves Malaysia or his or her home country to seek medical treatment. However benefit is payable for any medical treatment received by the Insured outside Malaysia, if the Insured resides or travels outside Malaysia (for any other purposes than seeking medical treatment) for less than ninety (90) consecutive days.

**18. 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.

**19. 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. Any variation or waiver of the foregoing shall be at the Company's sole discretion.

**20. Notice**

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

**21. 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.

---

**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

## PELAN PENDAPATAN TUNAI HOSPITAL POS

## PERJANJIAN KITA

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.

**Dengan ini Polisi ini Memperakui** bahawa sekiranya dalam Tempoh Insurans, sebarang sakit, penyakit atau kecederaan kemalangan yang memerlukan Pihak Diinsuranskan dimasukkan ke hospital untuk rawatan, Syarikat akan, tertakluk kepada terma, peruntukan, pengecualian dan syarat untuk dan telah diendorskan bagi Polisi ini, bayar kepada Pihak Diinsuranskan atau wakil peribadi yang sah jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Polisi untuk:-

- a) kesakitan yang terjadi melebihi 30 hari Insurans ini bermula
- b) kecederaan terjadi selepas insurans ini dikuatkuasakan

**Dengan syarat bahawa**

- a) liabiliti Syarikat tidak melebihi had yang telah ditetapkan dalam Jadual Manfaat untuk sebarang tempoh insurans
- b) Polisi ini akan berkuatkuasa pada tarikh yang dinyatakan dalam Jadual

## PERUNTUKAN-PERUNTUKAN AM

1. Orang yang layak  
Pihak Diinsuranskan yang berumur antara 18 dan 60 tahun dan boleh di perbaharui sehingga 65 tahun dan merupakan warganegara tetap Malaysia;
2. Sempadan Geografi  
Semua manfaat polisi ini merangkumi seluruh dunia 24 jam sehari.
3. Manfaat-manfaat
  - a) Pihak Diinsuranskan tidak boleh dilindungi oleh lebih dari satu Polisi "Pelan Pendapatan Tunai Hospital Pos". Sekiranya Pihak Diinsuranskan dilindungi lebih dari satu polisi, Syarikat hanya akan mengambil kira polisi yang memberi manfaat yang tertinggi. Sekiranya manfaat polisi itu adalah sama, syarikat hanya akan menganggap beliau dilindungi oleh Polisi yang pertama dikeluarkan sahaja. Syarikat akan membayar balik sebarang premium yang sama, yang mana mungkin telah dibuat oleh Pihak Diinsuranskan atau wakil beliau.  
Selain daripada yang dinyatakan oleh item 3a, Manfaat dibawah Polisi ini akan dibayar sebagai tambahan kepada mana mana manfaat insurans dimana Pihak Diinsuranskan berhak.
  - b) Manfaat Polisi didefinisikan dibawah Deskripsi Manfaat tidak akan dibayar sekiranya sebarang kesakitan atau kecederaan Pihak Diinsuranskan itu keluar negara atau keluar dari negara residen pihak yang diinsuranskan itu untuk mendapatkan rawatan bagi kesakitan atau kecederaan dan akan dianggap sebagai pesakit hospital diluar Malaysia atau negara residen Pihak Diinsuranskan itu.

## DEFINISI

1. "Penginsurans" atau "Syarikat" bermaksud RHB Insurance Bhd
2. "Tarikh Efektif Polisi" bermaksud tarikh polisi insurans ini berkuatkuasa seperti yang tercatat didalam Jadual Polisi
3. "Jadual" bermaksud yang berhubung kait dengan jadual polisi dan membentuk sebahagian daripada kandungan polisi itu.
4. "Pihak Diinsuranskan" atau "Pihak yang Dilindungi" bermaksud pihak yang dinyatakan didalam Jadual Polisi/ Sijil Insurans.
5. "Tunai Harian Hospital" bermaksud manfaat yang dibayar setiap hari di dalam wad hospital sebagai pesakit residen dalam wad akibat daripada kesakitan atau kecederaan yang dilindungi oleh polisi ini.

6. "Kemalangan" bermaksud kejadian yang tidak dijangka, mengejut, tidak disangka-sangka dan berlaku pada masa dan tempat yang boleh dikenalpasti menjadi punca kepada kecederaan badan dan anggota tubuh.
7. "Kecederaan" bermaksud kecederaan tubuh badan yang hanya disebabkan oleh kemalangan.
8. "Sakit", "Penyakit" bermaksud perubahan keadaan fizikal yang dikesan melalui perubahan patologi daripada keadaan kesihatan normal
9. "Hilang Upaya" bermaksud kesakitan, dijangkiti penyakit atau segala kecederaan berpunca dari satu atau lebih dari satu kemalangan.
10. Mana-mana Satu "Ketidakupayaan" bermaksud semua tempoh ketidakupayaan yang timbul akibat daripada sebab yang sama termasuk mana-mana atau semua kesulitan kecuali jika Pihak Diinsuranskan sembuh sepenuhnya dan tidak perlu lagi mendapatkan rawatan lanjutan (termasuk ubat-ubatan, pemakanan khusus atau suntikan atau nasihat untuk keadaannya) ketidakupayaan tersebut untuk tempoh sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari selepas tarikh terakhir keluar wad dan ketidakupayaan selepas itu akibat daripada sebab yang sama akan dianggap sebagai ketidakupayaan yang baru.
11. "Penyakit Pra-wujud" bermaksud ketidakupayaan yang diketahui sewajarnya oleh Pihak Diinsuranskan. Pihak Diinsuranskan adalah dikira punya pengetahuan sewajarnya tentang keadaan pra-wujud dimana keadaannya adalah seperti:
  - a) Pihak Diinsuranskan telah mendapatkan rawatan atau sedang menjalani rawatan;
  - b) nasihat perubatan, diagnosis, penjagaan atau rawatan telah disarankan;
  - c) tanda-tanda yang nyata telah kelihatan; atau
  - d) kewujudannya adalah jelas kepada seseorang didalam suatu keadaan.
12. "Penyakit Khusus" bermaksud ketidakupayaan berikut dan komplikasi berkaitan, berlaku dalam tempoh 120 hari pertama Insurans untuk Pihak Diinsuranskan:
  - a) "Hypertension", "diabetes mellitus" dan penyakit kardiovaskular
  - b) Semua tumor, kanser, "cysts", "nodules", "polyps", batu pada sistem urin dan biliari
  - c) Semua keadaan telinga, hidung (termasuk resdung) dan tekak
  - d) "Hernias", "haemorrhoids", "fistulae", "hydrocele", "varicocele"
  - e) "Endometriosis" termasuk penyakit system "Reproduction"
  - f) Ketidaktentuan "vertebra-spinal" (termasuk disk) dan keadaan lutut
13. "Tempoh Menunggu" bermaksud 30 hari pertama di antara bermulanya ketidakupayaan Pihak Diinsuranskan dan tarikh Polisi ini berkuatkuasa/tarikh penguatkuasaan semula dan digunakan hanya apabila seseorang itu mula dilindungi. Ia tidak boleh digunapakai selepas setahun seseorang itu dilindungi. Walaupun begitu, jika terdapat penanguhan dalam insurans, Tempoh Menunggu akan digunapakai semula.
14. "Keadaan Semasa Lahir" bermaksud sebarang keadaan tidak normal perubatan atau fizikal wujud semasa lahir, juga perkembangan tidak normal yang wujud dalam tempoh 6 bulan daripada tarikh lahir. Ia termasuk semua jenis hernias dan epilepsi kecuali bila disebabkan oleh trauma yang berlaku selepas tarikh Pihak Diinsuranskan dilindungi secara berterusan dibawah polisi ini.
15. "Hospital" bermaksud sebuah tempat yang ditubuhkan dan didaftarkan sebagai sebuah Hospital kerajaan I swasta (tidak termasuk Hospital Tentera) untuk penjagaan dan rawatan orang-orang sakit dan cedera yang berbayar, dan dimana ia:-
  - a) punya peralatan untuk memeriksa dan melakukan pembedahan besar
  - b) menyediakan dua puluh empat (24) jam sehari khidmat jururawat oleh jururawat-jururawat berdaftar yang berkelayakan
  - c) berada dibawah penjagaan sorang Doktor Pakar; dan
  - d) bukan sebuah klinik, tempat penjagaan penagih arak atau dadah, tempat penjagaan atau rehat atau rumah pemulihan atau rumah orang tua dan yang sepertinya
16. "Diwadkan Dihospital" bermaksud Pihak Diinsuranskan didaftar dan dimasukkan ke hospital sebagai pesakit melebihi dua belas (12) jam.
17. "Unit Rawatan Rapi" bermaksud satu seksyen dalam hospital yang dikhaskan sebagai Unit Rawatan Rapi oleh Hospital tersebut, dan

diselenggara dua puluh empat jam (24) jam hanya untuk rawatan ke atas pesakit yang kritikal dan dilengkapi untuk memberi perkhidmatan jururawat dan perubatan khas yang tidak didapati dibahagian lain Hospital itu.

18. "Doktor" atau "Pakar" atau "Pakar Bedah" atau "Pengamal Perubatan" bermaksud seorang pengamal perubatan yang berdaftar dan dilesenkan untuk mempraktikkan perubatan barat dimana khidmat perubatan diberikan dan sesiapa yang memberi khidmat tersebut melakukannya didalam skop dimana dia dilesenkan dan mempunyai latihan di kawasan geografi di mana dia mempraktikkannya, tetapi tidak termasuk seorang doktor atau pakar atau pakar bedah atau pengamal perubatan yang juga merupakan Pihak Diinsuranskan.
19. "Negara Residen" bermaksud :-  
Negara dimana Pihak Diinsuranskan adalah penduduk tetap atau/dan;  
Lain-lain Negara dimana Pihak Diinsuranskan dihantar, atau menetap, untuk tempoh berturut-turut selama tiga puluh hari atau lebih
20. "Perubatan Yang Perlu" bermaksud khidmat perubatan seperti berikut:-
  - a) konsisten dengan diagnosis dan rawatan perubatan untuk Ketidakupayaan yang dilindungi
  - b) mengikut piawaian khidmat perubatan yang betul
  - c) bukan untuk kesenangan Pihak Diinsuranskan atau Doktor Pakar
  - d) bukan untuk percubaan, penyiasatan atau penyelidikan
  - e) dan dimana caj-cajnya adil dan berpatutan untuk seseorang yang tidak upaya

#### MANFAAT PRODUK

MANFAAT	PELAN	
	GOLD	DIAMOND
Tunai Harian Hospital	RM100 sehari	RM200 sehari
Tunai Harian Rawatan Rapi	RM200 sehari	RM400 sehari
Bayaran "Lump Sum"	RM500	RM1,000

#### DESKRIPSI MANFAAT

##### 1. Tunai Harian Hospital

Apabila penyakit atau kecederaan menyebabkan Pihak Diinsuranskan dimasukkan ke hospital, dan tertakluk kepada ianya berlaku semasa dalam tempoh insurans dibawah Polisi ini untuk Pihak Diinsuranskan tersebut, Syarikat akan membayar manfaat tunai harian hospital seperti dinyatakan dalam Jadual Polisi untuk tempoh kemasukan ke hospital Pihak Diinsuranskan terhad kepada tempoh maksimum selama 180 hari untuk satu ketidakupayaan dan mana-mana satu tahun Polisi.

##### 2. Tunai Harian Rawatan Rapi

Apabila penyakit atau kecederaan menyebabkan Pihak Diinsuranskan dimasukkan ke Unit Rawatan Rapi, Syarikat akan membayar manfaat seperti dinyatakan dalam Jadual Polisi terhad kepada tempoh maksimum selama 30 hari untuk satu ketidakupayaan dan mana-mana satu tahun Polisi.

##### 3. Bayaran "Lump Sum"

Apabila penyakit atau kecederaan menyebabkan kemasukan ke hospital melebihi 15 hari berturut-turut sebagai pesakit dalaman hospital yang sama, bayaran "lump sum" untuk orang tersebut akan dibayar seperti dinyatakan dalam Jadual Polisi dan wang tersebut adalah untuk mana-mana satu ketidakupayaan dan mana-mana satu tahun Polisi.

#### PENGECUALIAN AM

Tiada manfaat akan dibayar berkaitan dengan sebarang tempoh kemasukan ke hospital melainkan kemasukan tersebut telah dicadangkan dan diluluskan oleh pengamal perubatan berdaftar dan mengikut diagnosis dan rawatan untuk keadaan dimana kemasukan ke hospital itu diperlukan.

Polisi ini tidak melindungi;

- a) Semua Penyakit Sedia Ada.
- b) Semua Penyakit yang dinyatakan yang berlaku dalam tempoh 120 hari pertama berturut-turut perlindungan.
- c) Sebarang keadaan-keadaan perubatan atau fizikal yang timbul dalafhl tempoh 30 hari pertama perlindungan Pihak Diinsuranskan atau tarikh dinyatakan semula yang mana lebih kemudian melainkan kecederaan kemalangan.

- d) Pembedahan Plastik!Kosmetik, berkhatan, pemeriksaan mata, cermin mata atau pembedahan membetulkan penglihatan (Radial Keratotomy atau Lasik) dan penggunaan atau pembelian peralatan 'prosthetic' luaran atau peralatan seperti organ bahagian badan palsu, alat bantuan pendengaran, alat bantuan pergerakan yang diimplan dan preskripsi yang sepertinya
- e) Keadaan gigi termasuk rawatan gigi atau pembedahan oral melainkan keperluan akibat Kecederaan Kemalangan kepada gigi-gigi asli yang sihat berlaku sepenuhnya dalam Tempoh Insurans.
- f) Penjagaan persendirian, penyembuhan rehat atau penjagaan sanitari, ubat-ubatan tidak sah, intoksikasi, pensterilan, penyakit 'venereal' dan yang berkaitan, AIDS (Sindrom Memerlukan Imunisasi Kekurangan atau ARC (yang berkaitan dengan AIDS) dan penyakit berkaitan HIV, dan sebarang penyakit yang mengikut undang-undang perlu dikuarantin.
- g) Sebarang rawatan atau pembedahan untuk keadaan tidak normal atau kekurangan yang sedia ada termasuk keadaan akibat keturunan.
- h) Mengandung, melahirkan anak (termasuk kelahiran melalui pembedahan), keguguran, menggugurkan kandungan dan penjagaan serta pembedahan sebelum dan selepas kelahiran, kaedah kawalan kelahiran 'contraseptive' secara mekanikal atau bahan kimia atau rawatan yang berkaitan kesuburan. Mati pucuk dan ujian-ujian atau rawatan berkaitan dengannya
- i) Diwadkan dihospital untuk tujuan siasatan, diagnosis, pemeriksaan X-ray, pemeriksaan am fizikal atau perubatan, tidak memerlukan rawatan atau diagnosis untuk Ketidakupayaan yang dilindungi atau sebarang rawatan yang tidak perlu mengikut perubatan dan sebarang rawatan pencegahan, perubatan atau pemeriksaan berbentuk pencegahan yang dijalankan oleh seorang Pengamal Perubatan, dan rawatan- rawatan khusus untuk mengurangkan atau menambah berat badan.
- j) Bunuh diri, cubaan membunuh diri atau kecederaan kepada diri sendiri yang disengajakan samada waras atau tidak waras
- k) Peperangan atau sebarang tindakan berperang, sama ada peperangan diisytiharkan atau tidak, aktiviti- aktiviti jenayah atau pelampau, tugas yang aktif dalam tentera, penglibatan langsung dalam mogok, rusuhan dan kekacauan civil atau pergolakan.
- l) Sesiapa yang tinggal diluar Malaysia untuk lebih daripada enam bulan berturut-turut, Polisi ini dianggap terbatal.
- m) Pengionan atau pencemaran radioaktif daripada bahan buangan nuklear atau pembakaran bahan api nuklear yang di proses secara 'nuclear fission' atau daripada sebarang bahan-bahan lain senjata nuklear
- n) Perbelanjaan yang timbul untuk pendermaan mana-mana organ badan oleh Pihak Diinsuranskan dan kos belian organ itu termasuk semua kos penderma semasa pemindahan organ dan komplikasi-komplikasi terbabit
- o) Penyiasatan dan rawatan untuk gangguan tidur dan dengkur, terapi gantian hormon dan terapi alternatif seperti rawatan, servis atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada servis kiropraktik, 'acupuncture', 'acupressure', refleksologi, 'bonesetting', rawatan herba, urutan atau terapi aroma atau lain- lain rawatan alternatif.
- p) Penjagaan atau rawatan dimana bayaran tidak diperlukan atau dimana ia akan dibayar oleh lain-lain insurans atau indemnity melindungi Pihak Diinsuranskan dan Ketidakupayaan yang timbul akibat menjalankan tugas ketika bekerja atau kerjaya yang dilindungi dibawah Kontrak Insurans Pampasan Pekerja.
- q) Gila, gangguan mental atau saraf (termasuk sebarang manifestasi saraf dan keadaan fisiologi atau 'psychosomatic').
- r) Penyakit atau kecederaan disebabkan oleh sebarang jenis perlumba (selain daripada lumba jalan kaki), sukan lasak seperti tetapi tidak terhad kepada lompatan udara, lompatan ski air, aktiviti dalam air dengan menggunakan alat pernafasan dalam air, sukan musim sejuk, sukan profesional dan aktiviti haram.
- s) Penerbangan persendirian selain daripada sebagai penumpang yang membayar tambang dalam sebarang syarikat penerbangan komersial berjadual yang dilesenkan untuk membawa penumpang melalui tempat- tempat yang telah ditetapkan.
- t) Perbelanjaan untuk menukar jantina.

#### SYARAT-SYARAT AM

1. **Kenyataan Menurut Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013**  
Apabila Pihak Diinsuranskan telah memohon Insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggungannya, Pihak Diinsuranskan

mempunyai kewajiban 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 ganti rugi, 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 kewajiban 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. Tempoh Perlindungan dan Pembaharuan

Polisi ini akan menjadi efektif pada tarikh yang dinyatakan dalam Jadual I Sijil Insurans. Anniversari polisi adalah satu tahun selepas tarikh efektif dan setiap tahun selepas itu. Pada setiap anniversari, Polisi ini oleh diperbaharui pada kadar premium yang berkuatkuasa pada waktu itu dan Syarikat akan memberi notis bertulis kepada Pihak Diinsuranskan sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari sebelum pertukaran dikuatkuasa.

Polisi ini boleh diperbaharui atas pilihan Syarikat. Permohonan untuk pertukaran manfaat kepada pelan lebih tinggi hanya boleh dibuat semasa pembaharuan dan tertakluk kepada persetujuan Syarikat sewaktu pembaharuan.

## 3. Pembatalan

Polisi ini boleh dibatalkan oleh Pemegang Polisi bila-bila masa dengan memberi 14 hari notis bertulis kepada Syarikat, dengan syarat tiada tuntutan dibuat semasa tahun polisi semasa, Pemegang Polisi berhak mendapat pulangan semula premium seperti berikut:-

Tempoh Tidak Melebihi	Pulangan Semula Premium Tahunan
15 hari	90% (sah untuk pembaharuan sahaja)
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 pulangan semula

## 4. Premium

Tunai Sebelum Perlindungan

Adalah menjadi perkara asas dan memang menjadi syarat istimewa untuk kontrak insurans ini bahawa premium yang perlu bayar mesti dibayar dan diterima oleh pihak Syarikat daripada tarikh permulaan polisi ini I pengendorsan I pembaharuan sijil.

Jika premium dibayar itu diterima oleh ejen Syarikat yang bertauliah, bayaran itu adalah dianggap diterima oleh Syarikat bagi tujuan jaminan ini dan tanggungjawab untuk memastikan bayaran premium diterima oleh seseorang, termasuk seorang ejen insurans yang tidak diberi kuasa untuk menerima premium itu adalah tanggungjawab Syarikat.

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

## 5. Prosedur Tuntutan

i. Apabila berlaku kejadian yang boleh menyebabkan tuntutan dibuat dibawah Polisi ini, notis bertulis perlu diberi kepada Jabatan Tuntutan Syarikat, Level 12, West Wing, The Icon, No. 1, Jalan 1/68F, Jalan Tun Razak, 55000 Kuala Lumpur secepat mungkin dan, dalam sebarang keadaan, dalam tempoh 30 hari daripada tarikh kejadian. Syarikat kemudiannya akan memberi Pihak Diinsuranskan boring-borang untuk memfailkan bukti tuntutan

ii. Sebarang dokument atau bukti yang diperlukan oleh Syarikat untuk membuktikan tuntutan perlu diserahkan oleh Pihak Diinsuranskan atas perbelanjaan beliau sendiri. Sebarang pemeriksaan yang diperlukan oleh Syarikat untuk membuktikan tuntutan adalah diatas perbelanjaan Syarikat. Syarikat akan, jika berlaku kematian ke atas Pihak Diinsuranskan berhak agar pemeriksaan 'post-mortem' dilakukan atas perbelanjaannya sendiri dimana ia tidak dilarang oleh Undang-undang

iii. Kegagalan memberitahu Syarikat dalam tempoh yang ditetapkan tidak akan menidakkan tuntutan jika ianya boleh dijelaskan, yang memuaskan Syarikat bahawa adalah mustahil untuk memberikan bukti berkenaan dalam tempoh yang telah ditetapkan untuk tuntutan yang sememangnya benar.

## 6. Pembayaran Manfaat

Manfaat perlu bayar dibawah Polisi ini akan dibayar kepada Pihak Diinsuranskan, jika beliau meninggal dunia, manfaat akan dibayar kepada Waris yang dinamakan atau kepada estet beliau sekiranya tiada Waris yang dinamakan, kecuali jika Pihak Diinsuranskan adalah seorang Islam, dimana pembayaran manfaat dibawah Polisi ini akan ditentukan oleh Undang-undang Islam yang berkenaan dan Undang-undang Syariah yang diguna pakai.

## 7. Salah Nyata Umur

Jika umur Pihak Diinsuranskan telah tersalah nyata dan premium yang dibayar tidak mencukupi akibat daripada perkara itu, sebarang tuntutan boleh bayar dibawah Polisi ini akan dikira pro-rata berasaskan nisbah jumlah premiu'TI yang dibayar dengan jumlah premium yang sepatutnya dicajkan pada tahun itu. Sebarang lebihan premium yang mungkin dibayar akibat kesalahan pernyataan umur itu, akan dikembalikan tanpa faedah. Jika pada umur yang betul Pihak Diinsuranskan tidak sepatutnya layak untuk perlindungan dibawah Polisi ini, tiada manfaat yang akan dibayar.

## 8. Interpretasi

Polisi ini, termasuk borang penyertaan I borang cadangan, Jadual Polisi, pengendorsan dan perubahan jika ada, hendaklah dibaca bersama sebagai satu kontrak dan apa-apa perkataan atau kenyataan yang makna khususnya telah dilampirkan akan, kecuali konteks memerlukan sebaliknya, memberi makna khusus di mana jua ia tertera.

## 9. Perubahan

Syarikat berhak untuk melakukan perubahan terma dan syarat Polisi ini dengan memberi notis bertulis 30 hari dengan pos biasa kepada alamat terakhir yang Tuanpunya diketahui dalam rekod Syarikat, dan perubahan tersebut adalah digunapakai bermula daripada pembaharuan Polisi yang seterusnya. Tiada perubahan kepada polisi ini adalah sah melainkan Disahkan oleh Syarikat dan kelulusan itu diperakui. Penginsurans perlu memberi notis bertulis 30 hari kepada Pemegang Polisi I Pihak Diinsuranskan mengikut alamat terakhir yang direkod untuk sebarang perubahan yang dibuat.

## 10. Undang-undang yang digunapakai

Polisi ini adalah di bawah undang-undang Malaysia dan tertakluk dan dipelihara oleh undang-undang di Malaysia

## 11. Tindakan Undang-undang

Tiada tindakan undang-undang atau ekuiti, boleh diambil untuk mendapatkan semula Polisi sebelum tamat tempoh atau enam puluh (60) hari setelah bukti tuntutan telah diserahkan mengikut keperluan Polisi ini. Jika Pihak Diinsuranskan gagal untuk memberi bukti kehilangan seperti yang dinyatakan dalam terma, peruntukan dan syarat Polisi ini, Pihak Diinsuranskan boleh, dalam tempoh satu tahun kalendar daripada masa bukti bertulis kehilangan sepatutnya diberikan, menyerahkan bukti kehilangan yang relevan kepada Syarikat dengan alasan yang meyakinkan sebab-sebab gagal mengikut terma, peruntukan dan syarat Polisi ini. Penerimaan bukti kehilangan ini adalah di atas jasa baik dan pertimbangan Syarikat. Setelah tempoh dibenarkan itu lupus, Syarikat tidak akan menerima, bagi sebarang alasan 1bukti kehilangan bertulis tersebut.

## 12. Pertukaran Alamat, Pekerjaan, Pencarian, dll.

Pihak Diinsuranskan akan memberi notis serta merta kepada Syarikat jika terdapat pertukaran alamat, peke aan, pencarian atau sebarang kecederaan, penyakit, kecacatan fizikal akibat penyakit yang dijangkiti Pihak Diinsuranskan.

## 13. Salah Nyata atau Ketinggalan Fakta Penting

Jika:

(a) 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 melulu dari segenap segi; atau

- (b) 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
- (c) apa-apa tuntutan yang dibuat berbentuk penipuan atau ditokok-tambah, atau sebarang perakuan atau kenyataan palsu dibuat untuk menyokong tuntutan tersebut.

maka dalam mana-mana hal di atas, Polisi ini adalah batal.

#### 14. Matawang untuk Pembayaran

Semua bayaran dibawah Polisi ini akan dibayar dalam matawang sah Malaysia. Sekiranya kemasukan ke hospital luar Negara, bil-bil di dalam matawang yang lain daripada Ringgit Malaysia akan dibayar melalui pertukaran matawang mengikut kadar dinyatakan (kadar pasaran terbuka jika ianya pasaran bebas, kadar rasmi jika bukan pasaran bebas) pada tarikh Pihak Diinsuranskan dikeluarkan daripada hospital.

#### 15. Tempoh Bertenang

Polisi telah dikeluarkan dan untuk sebarang sebab Pihak Diinsuranskan memutuskan untuk tidak mengambil Polisi, Pihak Diinsuranskan boleh memulangkan Polisi/ Sijil Insurans kepada Syarikat untuk pembatalan dengan syarat permintaan untuk pembatalan tersebut diserahkan oleh Pihak Diinsuranskan kepada Syarikat dalam tempoh lima belas (15) hari daripada tarikh penghantaran Polisi. Pihak Diinsuranskan berhak mendapat kembali semua premium yang telah dibayar ditolak perbelanjaan perubatan oleh Syarikat ketika mengeluarkan Polisi.

#### 16. Syarat Pembatalan Portfolio

Syarikat berhak untuk membatalkan portfolio secara keseluruhan jika ia memutuskan untuk tidak meneruskan produk insurans ini. Pembatalan portfolio secara keseluruhan akan diberi melalui notis bertulis kepada pemegang polisi dan Syarikat akan menghabiskan semua polisi kepada tarikh luput tempoh perlindungan dalam portfolio.

#### 17. Residen Luar Negara

Tiada manfaat perlu bayar untuk sebarang rawatan perubatan yang diterima oleh Pihak Diinsuranskan diluar Malaysia, jika Pihak Diinsuranskan tinggal atau melancong ke luar Malaysia untuk tempoh lebih daripada sembilan puluh (90) hari berturut-turut.

#### 18. Syarat Duluan Terhadap Liabiliti

Pematuhan dan pemenuhan yang sewajarnya akan terma, syarat dan pengendorsan Polisi ini setakat yang ia berkaitan dengan segala perkara yang perlu dilakukan atau dipatuhi oleh Pihak Diinsuranskan atau mana-mana pihak menuntut di bawah Polisi dan kebenaran bagi pernyataan dan jawapan di dalam cadangan tersebut hendaklah menjadi syarat duluan kepada sebarang liabiliti Syarikat untuk membuat sebarang pembayaran di bawah Polisi ini

#### 19. Tuntutan Tidak Lengkap

Semua tuntutan mesti diserahkan kepada Syarikat dalam tempoh 30 hari berlakunya kejadian yang mana tuntutan ini dibuat. Tuntutan-tuntutan tidak akan dianggap lengkap dan Manfaat-manfaat berkenaan tidak akan dibayar melainkan segala bil-bil untuk tuntutan tersebut telah diserahkan dan dipersetujui oleh Syarikat. Sebarang perbezaan atau pengecualian tersebut adalah atas budi bicara Syarikat sahaja.

#### 20. Notis

Setiap notis atau komunikasi kepada Syarikat perlulah secara bertulis dan dihantar kepada Syarikat. Tiada perubahan kepada terma-terma Polisi ini atau pengendorsan akan dianggap sah melainkan ia ditandatangani oleh wakil Syarikat yang diberi kuasa.

#### 21. Polisi Naiktaraf

Jika Manfaat-manfaat yang dinyatakan untuk Pihak Diinsuranskan dibawah terma-terma Polisi ini ditambah semasa ia masih berkuatkuasa atau semasa Pembaharuan atau gantian dan jika Pihak Diinsuranskan dikaitkan dengan Ketidakupayaan sebelum atau pada waktu Manfaat-manfaat itu ditambah. Had Manfaat- manfaat perlu bayar berkaitan dengan Ketidakupayaan tersebut tidak melebihi Had Manfaat-manfaat sebelum tarikh Manfaat-manfaat dinaiktaraf.

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

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

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

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

### BAGAIMANA UNTUK MEMBUAT ADUAN

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

#### Unit Pengendalian Aduan

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

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

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

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

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

#### Unit Pengurusan Aduan

Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OFS)  
Tingkat 14, Blok Utama  
Menara Takaful Malaysia  
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman  
50000 Kuala Lumpur  
Tel: 03-2272 2811  
Faks: 03-2272 1577  
E-mel : enquiry@ofs.org.my  
Laman Web : www.ofs.org.my

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

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

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

### NOTIS KEPADA PEMEGANG POLISI

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



**BNMTELELINK**

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

<b>HEAD OFFICE / IBU PEJABAT</b>	<b>CUSTOMER RELATIONSHIP CENTRE / KAUNTER KHIDMAT PELANGGAN</b>	<b>CALL CENTRE / PUSAT PANGGILAN</b>
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	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	Claims Inquiries : 03 - 2180 3030