BERJAYA SOMPO INSURANCE

Polisi

SOMPO HealthPlus

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

Berjaya Sompo Insurance Berhad
No. Pendaftaran 198001008821 (62605-U)
Tingkat 36, Menara Bangkok Bank,
105, Jalan Ampang, 50450 Kuala Lumpur.
Talian Bebas Tol: 1-800-889-933
Tel.: 03-2170 7300
E-mel: customer@bsompo.com.my
Laman Web: www.berjayasompo.com.my

Lihat untuk
lebih banyak produk

SHP1225

Kandungan

NOTIS PENTING **3**

PERJANJIAN KAMI **4**

KEWAJIPAN PENDEDAHAN **4**

DEFINISI **4**

PERLINDUNGAN **7**

HURAIAN MANFAAT **8**

SYARAT **11**

PENGECUALIAN **13**

PROSEDUR TUNTUTAN **15**

NOTIS PENTING

Ini adalah Polisi **SOMPO HealthPlus** Anda. Anda harus berpuas hati bahawa Polisi ini akan memenuhi keperluan Anda dengan sebaiknya. Anda perlu membaca dan memahami terma, syarat dan jaminan Polisi serta berbincang dengan ejen Anda dan/atau dengan Kami secara langsung untuk mendapat maklumat lanjut dan/atau menjelaskan sebarang keraguan yang Anda mungkin ada sebelum Anda membeli Polisi ini.

Anda mesti mematuhi sepenuhnya dan memenuhi terma, syarat dan jaminan Polisi ini untuk menikmati perlindungan yang disediakan. Jika Anda mempunyai sebarang pertanyaan selepas membaca dokumen ini atau jika terdapat sebarang perubahan dalam keadaan Anda yang mungkin menjejaskan insurans yang disediakan, sila maklumkan kepada Kami dengan segera, jika tidak, Anda mungkin tidak boleh menerima manfaat daripada Polisi ini.

Jika **Anda** mempunyai sebarang aduan yang berkaitan dengan **Polisi** ini, sila hubungi

UNIT ADUAN – PUSAT KHIDMAT PELANGGAN
Berjaya Sompo Insurance Berhad
No. Pendaftaran 198001008821 (62605-U)
Tingkat 36, Menara Bangkok Bank
105 Jalan Ampang
50450 Kuala Lumpur

Tel	: 03-2170 7300
Talian Bebas Tol	: 1-800-889-933
Faks	: 03-2170 4800
E-mel	: customer@bsompo.com.my

Jika **Anda** tidak berpuas hati dengan maklum balas **Kami**, **Anda** boleh memilih untuk menghubungi sama ada:

PERKHIDMATAN OMBUDSMAN PASARAN KEWANGAN
Tingkat 14, Blok Utama
Menara Takaful Malaysia
4, Jalan Sultan Sulaiman
50000 Kuala Lumpur
Tel : 03-2272 2811
Laman web : www.fmos.org.my

BNMLINK
Tingkat 4, Podium Bangunan AICB
No. 10, Jalan Dato' Onn
50480 Kuala Lumpur
Tel : 1-300-88-5465
Luar Negara : +603-2174 1717
Laman Web BNMLink : bnm.gov.my/BNMLINK

PERJANJIAN KAMI

Polisi, Jadual dan sebarang Pengendorsan mesti dibaca bersama kerana ia membentuk kontrak insurans Anda dengan Kami. Dokumen ini merupakan Terma dan Syarat kontrak insurans seperti yang dipersetujui antara Anda dan Kami. Ia dikeluarkan sebagai pertimbangan bagi pembayaran premium seperti yang dinyatakan dalam Jadual dan menurut jawapan yang diberikan dalam Borang Cadangan yang dilengkapkan oleh Anda (atau bagi pihak Anda oleh pengantara Anda) dan apa-apa pendedahan lain yang dilakukan oleh Anda antara masa penyerahan Borang Cadangan Anda dan masa Kontrak ini ditandatangani.

KEWAJIPAN PENDEDAHAN

Anda mempunyai kewajipan mengambil langkah munasabah untuk tidak melakukan sebarang salah nyata ketika menjawab soalan dalam Borang Cadangan, iaitu, Anda perlu menjawab soalan dengan lengkap dan tepat. Kegagalan untuk mengambil langkah munasabah ketika menjawab soalan mungkin mengakibatkan pengelakan kontrak insurans Anda, penolakan atau pengurangan dalam tuntutan Anda, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans Anda. Sekiranya terdapat sebarang salah nyata sebelum kontrak ditandatangani berhubung dengan jawapan Anda dan dalam sebarang pendedahan yang diberikan oleh Anda, hanya remedi dalam Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 akan digunakan.

Anda mempunyai kewajipan untuk memberitahu Kami dengan segera jika sebarang maklumat yang diberikan dalam Borang Cadangan adalah tidak tepat atau telah berubah pada bila-bila masa selepas kontrak insurans Anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan Kami.

Semasa pembelian insurans ini dan pada bila-bila masa sepanjang tempoh sah kontrak insurans ini, Anda mesti memaklumkan Kami dengan segera tentang mana-mana insurans lain yang Anda telah beli yang menyediakan jenis perlindungan yang sama dengan perlindungan yang diinsuranskan di bawah kontrak insurans ini.

DEFINISI

BAHAGIAN I - BERKAITAN DENGAN BUTIRAN KONTRAK

1. **PEMEGANG POLISI/ANDA** bermakna seseorang atau badan korporat di mana Polisi telah dikeluarkan berkenaan dengan perlindungan bagi orang yang dikenal pasti secara khusus sebagai Orang Diinsuranskan atau Pihak Diinsuranskan dalam Polisi ini.

2. **ORANG DIINSURANSKAN ATAU PIHAK DIINSURANSKAN** bermakna orang yang dinyatakan dalam Jadual Polisi termasuk Tanggungan beliau (jika berkenaan).

3. **KAMI/SYARIKAT** bermakna Berjaya Sompo Insurance Berhad.

4. **TAHUN POLISI ATAU TEMPOH INSURANS** bermakna tempoh satu tahun termasuk tarikh kuat kuasa permulaan Insurans dan sejurus selepas tarikh tersebut, atau tempoh satu tahun selepas Polisi Pembaharuan atau Diperbaharui.

5. **POLISI PEMBAHARUAN ATAU DIPERBAHARUI** bermakna Polisi yang telah diperbaharui tanpa sebarang luput masa selepas tamat tempoh Polisi sebelumnya dengan kandungan yang sama.

BAHAGIAN II - BERKAITAN DENGAN PERLINDUNGAN INSURANS

1. **KEMALANGAN** bermakna kejadian yang berlaku secara tiba-tiba, tidak disengajakan, tidak dijangka, luar biasa, dan tertentu pada masa dan tempat yang boleh dikenal pasti yang akan, tanpa sebarang sebab lain, menjadi satu-satunya sebab bagi Kecederaan anggota badan.

2. **KECEMASAN** bermakna keadaan perubatan atau kecederaan serius yang berlaku secara tiba-tiba atau tidak dijangka yang memerlukan pembedahan segera atau rawatan perubatan di dalam hospital untuk mengelakan kematian atau kerosakan serius terhadap kesihatan segera atau jangka panjang ke atas orang diinsuranskan. Syarikat berhak untuk menentukan sama ada keadaan perubatan atau kecederaan tersebut diklasifikasikan sebagai kecemasan.

3. **KECEDERAAN** bermakna kecederaan anggota badan yang disebabkan semata-mata oleh Kemalangan.

4. **PENYAKIT** bermakna keadaan fizikal yang ditandakan mempunyai perubahan patologi berbanding daripada keadaan kesihatan yang biasa.

5. **HILANG UPAYA** bermakna Penyakit atau keseluruhan Kecederaan yang timbul daripada satu sebab atau beberapa sebab yang berterusan.

6. **KEADAAN KONGENITAL** bermakna sebarang keabnormalan perubatan atau fizikal yang wujud semasa lahir, serta keabnormalan fizikal neo-natal yang berlaku dalam tempoh 6 bulan selepas lahir. Ia termasuk semua jenis hernia dan epilepsi

kecuali apabila disebabkan oleh trauma yang berlaku selepas tarikh Orang Diinsuranskan dilindungi secara berterusan di bawah Polisi ini.

7. **KANAK-KANAK** bermakna mana-mana orang yang telah mencapai umur 30 hari dan belum berkahwin, bergantung kepada Pihak Diinsuranskan dari segi kewangan dan berumur di bawah 19 tahun, atau sehingga umur 23 tahun bagi mereka yang berdaftar sebagai pelajar sepenuh masa di institusi pendidikan yang diiktiraf di Malaysia.

8. **TANGGUNGAN** bermakna mana-mana orang seperti berikut:
   a) pasangan yang telah berkahwin secara sah
   b) kanak-kanak belum berkahwin yang berumur lebih dari 30 hari tetapi di bawah umur sembilan belas (19) tahun atau dua puluh tiga (23) tahun yang masih dalam pendidikan tinggi sepenuh masa dan yang tidak bekerja.

9. **PERBELANJAAN LAYAK** bermakna perbelanjaan yang Diperlukan Dari Segi Perubatan yang ditanggung semasa Tempoh Insurans akibat Hilang Upaya yang dilindungi tetapi tidak melebihi had dalam jadual.

10. **PENYAKIT KRITIKAL** bermakna suatu keadaan perubatan serius yang melibatkan perbelanjaan layak di Unit Rawatan Rapi untuk tempoh minimum tiga (3) hari berturut-turut.

11. **BAYARAN BERSAMA WAJIB** bermakna jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat yang perlu dibayar terlebih dahulu oleh Orang Diinsuranskan sebelum sebarang perbelanjaan layak ditanggung perlu dibayar di bawah Polisi ini tetapi **tidak boleh digunakan** untuk Keadaan Dikecualikan. Bayaran Bersama Wajib akan ditolak bagi setiap Orang Diinsuranskan pada setiap Tahun Polisi.

12. **DEDUKTIBEL** bermakna jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat yang perlu dibayar oleh Orang Diinsuranskan termasuk gabungan Bayaran Bersama Wajib, sebelum sebarang perbelanjaan layak ditanggung perlu dibayar di bawah Polisi ini.

    Pemegang Polisi mempunyai pilihan untuk memilih **Deduktibel** untuk mengurangkan premium. Deduktibel ini akan ditolak daripada perbelanjaan layak ditanggung, bagi setiap Orang Diinsuranskan pada setiap Tahun Polisi. Pemegang Polisi boleh memilih untuk menambah atau mengurangkan jumlah Deduktibel semasa Pembaharuan tahunan Polisi yang tidak tertakluk kepada Syarat Polisi yang Dinaik Taraf. Perubahan dalam jumlah Deduktibel tidak dibenarkan sepanjang tempoh setiap Tahun Polisi.

    Deduktibel ini tidak boleh digunakan untuk rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar dan Kanser Pesakit Luar. Bagi pilihan Deduktibel yang berjumlah RM5,000 atau RM7,500, Deduktibel ini **tidak boleh digunakan** untuk Keadaan Dikecualikan.

13. **KEADAAN DIKECUALIKAN** bermakna:
    a. Rawatan Kecemasan, termasuk kes-kes Kemalangan
    b. Pesakit luar atau rawatan susulan yang disebabkan oleh Kanser atau Kegagalan Buah Pinggang atau Penyakit Kritikal
    c. Rawatan yang diterima di Hospital Kerajaan Malaysia

14. **DIPERLUKAN DARI SEGI PERUBATAN** bermakna perkhidmatan perubatan yang:-
    a) sejajar dengan diagnosis dan rawatan perubatan lazim untuk Hilang Upaya yang dilindungi, dan
    b) mengikut piawaian amalan perubatan yang baik, sejajar dengan piawaian penjagaan perubatan profesional semasa, dan manfaat perubatan yang terbukti, dan
    c) bukan untuk kemudahan Orang Diinsuranskan atau Pakar Perubatan, dan tidak dapat diperolehi sewajarnya di luar Hospital (jika dimasukkan sebagai pesakit dalam), dan
    d) yang mana bayarannya adalah adil serta munasabah dan lazim untuk Hilang Upaya tersebut.

15. **CAJ MUNASABAH DAN LAZIM** bermakna caj untuk rawatan perubatan yang diperlukan dari segi perubatan akan dianggap munasabah dan lazim setakat ia tidak melebihi tahap umum caj yang dilakukan oleh orang lain dalam kedudukan yang sama di tempat caj tersebut ditanggung, apabila menyediakan rawatan, perkhidmatan atau bekalan yang sama atau setanding kepada individu yang mempunyai sama jantina dan umur yang sama dari segi penyakit atau kecederaan dan selaras dengan piawaian dan amalan perubatan diterima yang tidak boleh ditinggalkan tanpa menjejaskan keadaan perubatan Orang Diinsuranskan tersebut.

16. **PENYAKIT SEDIA ADA** bermakna Orang Diinsuranskan mempunyai pengetahuan yang munasabah mengenai hilang upaya yang wujud sebelum tarikh Berkuatkuasa Insurans. Orang Diinsuranskan boleh dianggap mempunyai pengetahuan munasabah tentang keadaan sedia ada iaitu keadaannya adalah di mana:-
    a) Orang Diinsuranskan telah menerima atau sedang menerima rawatan;
    b) nasihat, diagnosis, penjagaan atau rawatan perubatan telah disarankan;
    c) simptom yang jelas dan nyata telah wujud atau terbukti; atau
    d) kewujudannya dapat dilihat oleh orang yang munasabah dalam keadaan tersebut.

17. **PENYAKIT TERTENTU** bermakna hilang upaya seperti berikut dan komplikasi berkaitan dengannya, yang berlaku dalam tempoh 120 hari pertama Insurans bagi Orang Diinsuranskan:
    a) Hipertensi, diabetes melitus dan penyakit Kardiovaskular

b) Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu karang dalam sistem kencing dan sistem hempedu
c) Semua keadaan telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak
d) Hernia, buasir, fistula, hidrokel, varikokel
e) Endometriosis termasuk penyakit Sistem Pembiakan
f) Gangguan vertebra-tunjang (termasuk cakera) dan keadaan lutut.

18. **PENGHOSPITALAN** bermakna kemasukan ke Hospital sebagai pesakit dalam hospital yang berdaftar untuk rawatan yang Diperlukan Dari Segi Perubatan bagi Hilang Upaya yang dilindungi selepas disarankan oleh seorang doktor. Pesakit tidak boleh dianggap sebagai pesakit dalam hospital jika pesakit tersebut tidak tinggal secara fizikal dalam hospital sepanjang tempoh kemasukan ke hospital.

19. **UNIT RAWATAN RAPI** bermakna bahagian dalam Hospital yang ditetapkan sebagai Unit Rawatan Rapi oleh Hospital, dan dikendalikan dua puluh empat (24) jam sehari semata-mata untuk rawatan pesakit yang berada dalam keadaan kritikal. Ia dilengkapi untuk menyediakan perkhidmatan kejururawatan dan perubatan khas yang tidak didapati di bahagian lain Hospital.

20. **PEMBEDAHAN KOSMETIK** bermakna apa-apa pembedahan yang dilakukan terutamanya untuk memperbaiki penampilan fizikal atau untuk mengubah atau memulihkan bentuk badan tanpa membetulkan kecacatan ketara pada anggota badan.

21. **MANA-MANA SATU HILANG UPAYA** bermakna semua tempoh hilang upaya yang timbul daripada sebab yang sama termasuk sebarang dan semua komplikasi daripadanya kecuali jika Orang Diinsuranskan pulih sepenuhnya dan tidak lagi memerlukan rawatan lanjut (termasuk ubat-ubatan, diet khas atau suntikan atau nasihat untuk keadaan tersebut) bagi hilang upaya untuk tempoh sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari selepas tarikh terkini keluar dari hospital. Hilang upaya berikutnya daripada sebab yang sama akan dianggap sebagai hilang upaya baharu.

22. **PESAKIT LUAR** bermakna Orang Diinsuranskan sedang menerima penjagaan atau rawatan perubatan tanpa dimasukkan ke hospital dan ini termasuk rawatan di pusat Jagaan harian.

23. **TEMPOH MENUNGGU** bermakna 30 hari pertama antara permulaan hilang upaya Orang Diinsuranskan dan tarikh permulaan/tarikh pengembalian semula Polisi ini dan digunakan hanya apabila orang tersebut dilindungi buat kali pertama. Ini tidak boleh digunakan selepas tahun pertama perlindungan. Walau bagaimanapun, jika terdapat tempoh rehat dalam insurans, Tempoh Menunggu akan digunakan semula.

BAHAGIAN III - BERKAITAN DENGAN BEKALAN PERUBATAN

1. **PEMBEDAHAN SEHARI** bermakna pesakit yang perlu menggunakan kemudahan pemulihan untuk prosedur pembedahan yang dirancangkan terlebih dahulu di hospital/klinik pakar (tetapi bukan untuk bermalam).

2. **HOSPITAL** bermakna sebuah organisasi yang ditubuhkan dan didaftarkan sebagai hospital untuk penjagaan dan rawatan orang sakit dan cedera sebagai pesakit dalam, dan yang:-
   a) mempunyai kemudahan untuk diagnosis dan pembedahan utama,
   b) menyediakan perkhidmatan kejururawatan 24 jam sehari oleh jururawat berdaftar dan siswazah,
   c) berada di bawah pengawasan seorang Pakar Perubatan, dan
   d) bukan sebuah klinik; tempat untuk penagih alkohol atau penagih dadah; rumah jagaan, rehat atau pemulihan atau rumah jagaan orang tua atau pertubuhan yang sama.

3. **HOSPITAL KERAJAAN MALAYSIA** bermakna hospital di mana caj perkhidmatannya adalah tertakluk kepada Akta Fi 1951, Perintah Fi (Perubatan) 1982 dan/atau pindaan yang berikutnya, jika ada.

4. **UBAT YANG DIPRESKRIPSIKAN** bermakna ubat-ubatan yang dikeluarkan oleh Pakar Perubatan, Ahli Farmasi Berdaftar atau Hospital dan yang telah ditentukan oleh Pakar Perubatan atau Doktor Pakar berkenaan dengan rawatan Hilang Upaya yang dilindungi.

5. **DOKTOR ATAU PAKAR PERUBATAN ATAU PAKAR BEDAH** bermakna pengamal perubatan berdaftar yang berkelayakan dan berlesen untuk mengamalkan perubatan barat dan yang menjalankan tugas dalam memberikan rawatan sedemikian mengikut skop pelesenan dan latihan beliau di kawasan geografi di mana perkhidmatan disediakan, tetapi tidak termasuk doktor, pakar perubatan atau pakar bedah yang merupakan Pihak Diinsuranskan sendiri.

6. **DOKTOR PERGIGIAN** bermakna seorang yang berlesen atau berdaftar dengan sewajarnya untuk menjalankan amalan pergigian di kawasan geografi di mana perkhidmatan disediakan, tetapi tidak termasuk pakar perubatan atau pakar bedah yang merupakan Pihak Diinsuranskan sendiri.

7. **DOKTOR PAKAR** bermakna pengamal perubatan atau pergigian yang berdaftar dan berlesen sedemikian dalam kawasan geografi di mana rawatan dijalankan, dan yang diklasifikasikan oleh pihak berkuasa kesihatan yang berkenaan sebagai orang yang mempunyai kepakaran unggul dan khas dalam bidang perubatan atau pergigian tertentu, tetapi tidak termasuk doktor

atau pakar bedah yang merupakan Pihak Diinsuranskan sendiri.

8. **PEMBEDAHAN** bermakna mana-mana prosedur perubatan berikut:
   a) Untuk membuat insisi, mengeksisi atau menggunakan elektrikkauteri di mana-mana organ atau bahagian badan, kecuali untuk perkhidmatan pergigian.
   b) Untuk membaiki, memulihkan semula atau membina semula mana-mana organ atau bahagian badan
   c) Untuk mengurangkan patah atau terkehel melalui manipulasi
   d) Penggunaan endoskopi untuk mengeluarkan batu karang atau objek daripada laring, bronkus, trakea, esofagus, perut, usus, pundi kencing atau uretra.

PERLINDUNGAN

Semasa Tempoh Insurans, dan tertakluk kepada terma, syarat, pengecualian dan definisi seperti yang dinyatakan dalam Polisi ini, jadual polisi dan apa-apa pengendorsan di sini, Kami akan menanggung rugi Pemegang Polisi untuk perbelanjaan layak ditanggung jika mana-mana Orang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital disebabkan secara langsung daripada kecederaan pada anggota badan, penyakit atau penyakit berkenaan dengan rawatan atau perkhidmatan yang dijalankan oleh atau atas saranan pakar perubatan atau pakar bedah.

JADUAL MANFAAT	**SHP150**	**SHP250**	**SHP350**	**SHP600**
HAD TAHUNAN KESELURUHAN	**RM 250,000**	**RM 500,000**	**RM 1,500,000**	**RM 2,500,000**
A) MANFAAT HOSPITAL				
Bilik & Penginapan Hospital (Sehingga 180 hari)	150	250	350	600
Unit Rawatan Rapi	Pembayaran Balik Penuh			
Penginap (Sehingga 180 hari)	Pembayaran Balik Penuh			
Bilik Bedah	Pembayaran Balik Penuh			
Perkhidmatan & Bekalan Hospital	Pembayaran Balik Penuh			
Pembedahan Mengimplan Perentak Jantung dan Defibrilator	15,000	25,000	30,000	50,000
Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan (Sehingga 180 hari)	500			
B) YURAN & PERKHIDMATAN PROFESIONAL				
Ujian Diagnostik Pra-Hospital (Dalam tempoh 90 hari sebelum kemasukan ke hospital)	Pembayaran Balik Penuh			
Perundingan Pakar Pra-Hospital (Dalam tempoh 90 hari sebelum kemasukan ke hospital)	Pembayaran Balik Penuh			
Yuran Pakar Bedah	Pembayaran Balik Penuh			
Yuran Pakar Bius	Pembayaran Balik Penuh			
Pendapat Pembedahan Kedua	Pembayaran Balik Penuh			
Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (Sehingga 180 hari)	Pembayaran Balik Penuh			
Rawatan Selepas Keluar Hospital (Bukan pembedahan dalam tempoh 90 hari selepas keluar)	Pembayaran Balik Penuh			
Bayaran Ambulans	Pembayaran Balik Penuh			
Bayaran Pelbagai Hospital	Pembayaran Balik Penuh			
Yuran Laporan Perubatan	Pembayaran Balik Penuh			
Kanta Intraokular Buatan	Sehingga 3,000 setiap mata			
C) MANFAAT PESAKIT LUAR / LANJUTAN				
Rawatan Kemalangan Kecemasan Pesakit Luar (Dalam tempoh 24 jam dan rawatan susulan sehingga 90 hari)	Pembayaran Balik Penuh			
Rawatan Kemalangan Kecemasan Pergigian (Dalam tempoh 24 jam dan rawatan susulan sehingga 90 hari)	Pembayaran Balik Penuh			
Penjagaan Kejururawatan di Rumah (Sehingga 180 hari) bagi setiap had hilang upaya	6,000			
Elaun Perkabungan	5,000			
Perubatan Alternatif –setiap kemalangan, sehingga maksimum	1,000			
Pemindahan Organ (Sekali seumur hidup)	Pembayaran Balik Penuh			
Rawatan Fisioterapi/Kiropraktik Pesakit Luar (Dalam tempoh 90 hari selepas keluar)	Pembayaran Balik Penuh			
Cukai Perkhidmatan	Pembayaran Balik Penuh			
D) RAWATAN KANSER / DIALISIS BUAH PINGGANG tertakluk kepada HAD TAHUNAN KESELURUHAN				
Rawatan Kanser Pesakit Luar	Pembayaran Balik Penuh			
Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar	Pembayaran Balik Penuh			
E) BAYARAN BERSAMA WAJIB *tertakluk kepada Tema dan Syarat				
Bayaran Bersama Wajib	RM500 setiap Tahun Polisi			

HURAIAN MANFAAT

Had Manfaat yang layak dinyatakan dalam Jadual Polisi Manfaat dan dihuraikan di bawah.

BILIK DAN PENGINAPAN HOSPITAL - Pembayaran balik Caj Munasabah dan Lazim yang Diperlukan Dari Segi Perubatan untuk penginapan bilik dan makan. Jumlah manfaat mesti sama dengan caj sebenar yang dilakukan oleh Hospital semasa Orang Diinsuranskan menginap di hospital, tetapi manfaat tidak boleh melebihi kadar Manfaat Bilik dan Penginapan untuk mana-mana satu hari, dan bilangan hari maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Orang Diinsuranskan hanya layak mendapat manfaat ini semasa berada di Hospital sebagai pesakit dalam.

UNIT RAWATAN RAPI - Pembayaran balik Caj Munasabah dan Lazim yang Diperlukan Dari Segi Perubatan untuk bilik dan penginapan yang sebenarnya ditanggung semasa kemasukan sebagai pesakit dalam di Unit Rawatan Rapi Hospital. Manfaat ini perlu dibayar sama dengan caj sebenar yang dikenakan oleh Hospital tertakluk kepada manfaat maksimum untuk mana-mana satu hari, dan bilangan hari maksimum, seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Jika tempoh kemasukan di Unit Rawatan Rapi melebihi hari maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat, bayaran balik akan dihadkan kepada kadar untuk Bilik dan Penginapan Hospital Harian yang standard.

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

PENGINAP - Membayar balik yuran penginap sebenar yang dikenakan untuk menemani Kanak-kanak Diinsuranskan (berumur di bawah 18 tahun) yang dimasukkan ke hospital dan tidak melebihi had atau bilangan maksimum hari seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

BILIK BEDAH - Pembayaran balik caj Bilik Bedah Munasabah dan Lazim yang berkaitan dengan prosedur pembedahan.

PERKHIDMATAN & BEKALAN HOSPITAL - Pembayaran balik Caj Munasabah dan Lazim sebenar yang ditanggung untuk kejururawatan am yang Diperlukan Dari Segi Perubatan, ubat-ubatan yang dipreskripsikan dan digunakan, pembalut, splin, acuan plaster, x-ray, pemeriksaan makmal, elektrokardiogram, fisioterapi, ujian metabolisme basal, suntikan dan larutan intravena, pengambilan darah dan plasma darah tetapi tidak termasuk kos darah dan plasma semasa Orang Diinsuranskan dimasukkan sebagai pesakit dalam di Hospital, sehingga jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

PEMBEDAHAN MENGIMPLAN PERENTAK JANTUNG DAN DEFIBRILATOR – Pembayaran balik Caj Munasabah dan Lazim sebenar yang ditanggung untuk Pembedahan Mengimplan Perentak Jantung dan Defibrilator yang Diperlukan Dari Segi Perubatan serta preskripsinya semasa pembedahan tertakluk kepada had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Perentak jantung dan defibrilator akan dilindungi untuk implantasi kali pertama dan tidak termasuk penggantian berikutnya, termasuk mana-mana bahagiannya.

ELAUN TUNAI HARIAN DI HOSPITAL KERAJAAN - Membayar elaun harian untuk setiap hari kemasukan di Hospital Kerajaan Malaysia untuk Hilang Upaya yang dilindungi, dengan syarat Orang Diinsuranskan menggunakan kadar Bilik dan Penginapan tidak melebihi jumlah yang dnyatakan dalam Jadual Manfaat. Tiada Bayaran akan dilakukan untuk sebarang pemindahan ke atau dari mana-mana Hospital Swasta dan Hospital Kerajaan Malaysia untuk hilang upaya yang dilindungi.

UJIAN DIAGNOSTIK PRA-HOSPITAL - Pembayaran Balik Caj Munasabah dan Lazim untuk ECG, X-ray dan ujian makmal yang Diperlukan Dari Segi Perubatan yang dijalankan untuk tujuan diagnostik akibat kecederaan atau penyakit yang berkaitan dengan Hilang Upaya dalam tempoh 90 hari sebelum kemasukan ke hospital.

Berikutan perkhidmatan diagnostik sedemikian, tiada bayaran akan dilakukan jika Orang Diinsuranskan tidak menyebabkan kemasukan ke hospital untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis. Ubat-ubatan dan rundingan yang dikenakan bayaran oleh pengamal perubatan tidak akan dibayar.

PERUNDINGAN PAKAR PRA-HOSPITAL - Pembayaran balik Caj Munasabah dan Lazim untuk perundingan kali pertama oleh Pakar berkenaan dengan Hilang Upaya dalam tempoh 90 hari sebelum kemasukan ke Hospital dan dengan syarat perundingan tersebut Diperlukan Dari Segi Perubatan.

Bayaran tidak akan dilakukan untuk rawatan klinikal (termasuk ubat-ubatan dan perundingan seterusnya selepas penyakit didiagnosis) atau di mana Orang Diinsuranskan tidak memerlukan kemasukan ke hospital untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis.

YURAN PAKAR BEDAH - Pembayaran balik Caj Munasabah dan Lazim untuk Pembedahan yang Diperlukan Dari Segi Perubatan oleh Pakar Perubatan, termasuk penilaian yang dilakukan semasa Lawatan Pakar Perubatan sebelum pembedahan kepada Orang Diinsuranskan dan penjagaan selepas pembedahan sehingga 90 hari termasuk sebelum dan selepas tarikh pembedahan, tetapi dalam tempoh maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Jika lebih daripada satu pembedahan dilakukan untuk

Mana-mana Satu Hilang Upaya, jumlah bayaran untuk semua pembedahan yang dijalankan tidak boleh melebihi jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

YURAN PAKAR BIUS - Pembayaran Balik Caj Munasabah dan Lazim oleh Pakar Bius untuk pemberian bahan bius yang Diperlukan Dari Segi Perubatan tidak melebihi had seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

PENDAPAT PEMBEDAHAN KEDUA – Caj untuk perundingan atau pendapat pakar perubatan kedua bagi menentukan sama ada pembedahan untuk penyakit atau kecederaan yang sama diperlukan dalam mempertimbangkan keadaan perubatan Orang Diinsuranskan. Jika dianggap perlu dari segi perubatan oleh pakar perubatan kedua dan bahawa ini membuktikan semula pendapat yang dikemukakan oleh pakar perubatan pertama, yuran perundingan yang ditanggung akan perlu dibayar tetapi tidak melebihi had maksimum seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Perundingan kedua mesti dijalankan dalam tempoh 30 hari daripada perundingan pertama supaya manfaat ini boleh dibayar.

Bayaran tidak akan dilakukan untuk rawatan klinikal (termasuk ubat-ubatan) atau di mana Orang Diinsuranskan tidak memerlukan kemasukan ke hospital untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis.

LAWATAN PAKAR PERUBATAN DALAM HOSPITAL - Pembayaran balik Caj Munasabah dan Lazim oleh Pakar Perubatan untuk lawatan yang Diperlukan Dari Segi Perubatan ke atas pesakit yang berbayar semasa dimasukkan ke hospital kerana hilang upaya bukan pembedahan tertakluk kepada maksimum 2 lawatan sehari dan tidak melebihi bilangan hari maksimum seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

RAWATAN SELEPAS KELUAR HOSPITAL - Pembayaran balik Caj Munasabah dan Lazim yang ditanggung dalam rawatan susulan yang Diperlukan Dari Segi Perubatan oleh Pakar Perubatan yang sama, dalam tempoh 90 hari dan mengikut jumlah seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat selepas keluar dari Hospital kerana hilang upaya bukan pembedahan. Ini termasuk ubat-ubatan yang dipreskripsikan semasa rawatan susulan tetapi tidak boleh melebihi bekalan yang diperlukan untuk 90 hari seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

YURAN AMBULANS - Pembayaran balik Caj Munasabah dan Lazim yang ditanggung untuk perkhidmatan ambulans domestik yang diperlukan termasuk atendan ke dan atau dari Hospital yang dimasukkan. Pembayaran tidak akan dilakukan jika Orang Diinsuranskan tidak dimasukkan ke hospital dan tertakluk kepada had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

YURAN PELBAGAI HOSPITAL - Pembayaran balik yuran Kemasukan, yuran pendaftaran, rekod perubatan, yuran bil, teg nama/jalur pengenalan dan yuran pendispensan sehingga had maksimum seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

YURAN LAPORAN PERUBATAN - Pembayaran balik yuran sebenar yang dikenakan untuk menyiapkan Laporan Perubatan sehingga had maksimum seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

RAWATAN KEMALANGAN KECEMASAN PESAKIT LUAR - Pembayaran balik Caj Munasabah dan Lazim yang ditanggung sehingga jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, akibat kecederaan anggota badan yang dilindungi yang disebabkan oleh rawatan Kemalangan yang Diperlukan Dari Segi Perubatan sebagai pesakit luar di mana-mana klinik atau hospital berdaftar dalam tempoh 24 jam dari 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 sama yang dilindungi akan diberikan sehingga 90 hari seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

RAWATAN KEMALANGAN KECEMASAN PERGIGIAN - Pembayaran balik Caj Munasabah dan Lazim yang ditanggung sehingga jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat akibat kecederaan anggota badan yang timbul daripada KEMALANGAN yang berlaku semata-mata kepada gigi asli yang sihat, dan diterima sebagai pesakit luar dalam tempoh 24 jam selepas kemalangan berlaku. Rawatan susulan akan diberikan sehingga 90 hari dari Kemalangan yang menyebabkan Kecederaan dan dijalankan di klinik pergigian atau Hospital berdaftar yang sah.

PENJAGAAN KEJURURAWATAN DI RUMAH - Pembayaran balik Caj Munasabah dan Lazim yang ditanggung sehingga 180 hari dan sehingga had maksimum seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat untuk perkhidmatan yang diberikan oleh Jururawat berkelayakan dan berlesen Kerajaan yang diperlukan dari segi perubatan untuk menjaga Orang Diinsuranskan yang hilang upaya sepenuhnya dan yang sebaliknya akan dimasukkan ke Hospital sebagai pesakit memerlukan katil. Rancangan rawatan untuk penjagaan kejururawatan di rumah mesti diwujudkan dan ditetapkan oleh Pakar Perubatan yang merawat selepas Orang Diinsuranskan dimasukkan dan keluar dari Hospital.

Tiada bayaran akan dilakukan untuk penjagaan, makanan, khidmat pengemasan am, teman dan barangan keselesaan peribadi.

ELAUN PERKABUNGAN - membayar jumlah seperti yang diperuntukkan dalam Jadual Manfaat kepada waris Orang Diinsuranskan atau wakil peribadi yang sah sekiranya berlaku kematian Orang Diinsuranskan akibat penyakit atau kemalangan. Kematian Orang Diinsuranskan perlu disahkan melalui Sijil Kematian rasmi.

PERUBATAN ALTERNATIF - Pembayaran balik caj yang ditanggung untuk sebarang bentuk rawatan tradisional yang diberikan oleh sinseh, pengeset tulang secara tradisional atau rawatan alternatif lain, di mana perkhidmatan sedemikian disediakan di bawah Lesen Perniagaan yang sah oleh pihak berkuasa berkenaan, berikutan kecederaan anggota badan secara tidak sengaja. Rawatan Perubatan termasuk ubat yang mesti dibuktikan melalui resit. Pembayaran balik sedemikian dihadkan sehingga maksimum RM1,000 bagi mana-mana satu kemalangan.

PEMINDAHAN ORGAN - Pembayaran balik Caj Munasabah dan Lazim yang ditanggung ke atas pembedahan pemindahan untuk Orang Diinsuranskan sebagai penerima pemindahan buah pinggang, jantung, paru-paru, hati atau sumsum tulang. Bayaran untuk Manfaat ini hanya boleh digunakan sekali seumur hidup semasa Polisi berkuatkuasa dan tertakluk kepada had seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Kos pemerolehan organ dan semua kos yang ditanggung oleh penderma tidak dilindungi.

RAWATAN FISIOTERAPI/KIROPRAKTIK PESAKIT LUAR - Pembayaran balik caj untuk rawatan fisioterapi/kiropraktik pesakit luar yang dirujuk secara bertulis oleh Pakar Perubatan berlesen selepas rawatan Pembedahan atau kemasukan Hospital dalam tempoh 90 hari dari tarikh keluar Hospital/Pembedahan. Walau bagaimanapun, tiada bayaran akan dilakukan untuk ubat-ubatan/rawatan dan perundingan seterusnya dengan Pakar Perubatan sama yang merawat Orang Diinsuranskan.

CUKAI PERKHIDMATAN - Pembayaran balik Cukai Perkhidmatan yang dikenakan oleh Kerajaan Malaysia ke atas caj sebenar yang ditanggung untuk manfaat seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

RAWATAN KANSER PESAKIT LUAR - Jika Orang Diinsuranskan disahkan menghidap Kanser seperti yang ditakrifkan di bawah, Syarikat akan membayar balik Caj Munasabah dan Lazim yang ditanggung untuk rawatan kanser yang Diperlukan Dari Segi Perubatan yang dijalankan di pusat rawatan kanser yang berdaftar secara sah tertakluk kepada had hilang upaya ini seperti dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Rawatan sedemikian (radioterapi atau kemoterapi atau imunoterapi termasuk perundingan, ujian pemeriksaan, ubat-ubatan yang dibawa pulang) mesti diterima di jabatan pesakit luar Hospital atau pusat rawatan kanser yang berdaftar sejurus selepas keluar dari Hospital atau pembedahan.

Pembayaran balik Caj Munasabah dan Lazim yang Diperlukan Dari Segi Perubatan untuk perundingan, ujian pemeriksaan atau ubat-ubatan yang dibawa pulang akan dibayar jika perundingan, ujian pemeriksaan atau ubat-ubatan yang dibawa pulang tersebut adalah dipreskripsikan dalam hari yang sama di mana Orang Diinsuranskan menjalani radioterapi atau kemoterapi atau imunoterapi

Kanser ditakrifkan sebagai pertumbuhan dan penyebaran sel malignan yang tidak terkawal serta serangan dan pemusnahan tisu normal yang mana rawatan intervensi atau pembedahan utama (tidak termasuk prosedur endoskopik semata-mata) adalah dianggap perlu. Kanser mesti disahkan oleh bukti histologi malignansi. Syarat berikut dikecualikan:

a) Karsinoma in situ termasuk serviks;
b) Karsinoma Ductus in situ payudara;
c) Karsinoma Papilari pundi kencing & Kanser Prostat Tahap 1;
d) Semua kanser kulit kecuali melanoma malignan;
e) Tahap 1 penyakit Hodgkin;
f) Tumor yang menjelma sebagai komplikasi AIDS.

Ia merupakan syarat khusus bagi Manfaat ini, iaitu walaupun dengan pengecualian keadaan sedia ada, Manfaat ini tidak akan dibayar untuk mana-mana Orang Diinsuranskan yang telah didiagnosis sebagai pesakit kanser dan/atau sedang menerima rawatan kanser sebelum tarikh kuat kuasa Insurans.

RAWATAN DIALISIS BUAH PINGGANG PESAKIT LUAR - Jika Orang Diinsuranskan didiagnosis dengan Kegagalan Buah Pinggang seperti yang ditakrifkan di bawah, Syarikat akan membayar balik Caj Munasabah dan Lazim yang ditanggung untuk rawatan dialisis buah pinggang yang Diperlukan Dari Segi Perubatan yang dijalankan di pusat dialisis yang berdaftar secara sah tertakluk kepada had hilang upaya ini seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Rawatan sedemikian (dialisis termasuk perundingan, ujian pemeriksaan, ubat-ubatan dibawa pulang) mesti diterima di jabatan pesakit luar Hospital atau pusat rawatan dialisis berdaftar sejurus selepas keluar dari Hospital atau pembedahan.

Kegagalan Buah Pinggang bermakna kegagalan buah pinggang peringkat akhir yang ditunjukkan sebagai kegagalan kedua-dua buah pinggang secara kronik dan tidak boleh dipulihkan untuk berfungsi dan akibat daripada ini, dialisis buah pinggang dimulakan.

Ia merupakan syarat khusus bagi Manfaat ini, iaitu walaupun dengan pengecualian keadaan sedia ada, Manfaat ini tidak akan dibayar untuk mana-mana Orang Diinsuranskan yang telah menghidap penyakit buah pinggang kronik dan/atau sedang menerima rawatan dialisis sebelum tarikh kuat kuasa Insurans.

HAD TAHUNAN KESELURUHAN - Manfaat yang perlu dibayar berhubung dengan perbelanjaan yang ditanggung untuk rawatan yang diberikan kepada Orang Diinsuranskan sepanjang tempoh insurans akan dihadkan kepada Had Tahunan Keseluruhan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat tanpa mengira jenis hilang upaya. Sekiranya Had Tahunan Keseluruhan telah dibayar, semua insurans untuk Orang Diinsuranskan di bawah ini tidak lagi akan dibayar untuk baki tahunan Polisi.

SYARAT

1. HAD UMUR

Sesiapa pun yang belum mencapai umur 30 hari tidak boleh dimasukkan untuk perlindungan di bawah Polisi ini. Polisi ini tidak melindungi Orang Diinsuranskan yang berumur lebih dari 60 tahun, melainkan orang tersebut telah diinsuranskan secara berterusan di bawah Polisi ini sebelum umur 60 tahun. Dalam hal ini, insurans berterusan sehingga akhir Tahun Polisi di mana Orang Diinsuranskan tersebut mencapai umur 100 tahun dibenarkan di bawah Polisi ini.

2. PENAMBAHAN ORANG DIINSURANSKAN

Tanggungan Pemegang Polisi yang layak untuk diinsuranskan akan dimasukkan sebagai Orang Diinsuranskan dalam Polisi ini dari semasa ke semasa sepanjang Polisi ini dikuatkuasakan, jika:-

a) Pemegang Polisi meminta kemasukan sedemikian;
b) Tanggungan layak untuk diinsuranskan mengikut terma dan syarat penerimaan Syarikat; dan
c) premium tambahan yang diperlukan dibayar.

3. TEMPOH PERLINDUNGAN DAN PEMBAHARUAN

Polisi ini akan berkuatkuasa pada tarikh yang dinyatakan dalam Jadual. Ulang Tahun Polisi adalah setahun selepas tarikh kuat kuasa dan setiap tahun selepas itu. Pada setiap ulang tahun sedemikian, Polisi ini boleh diperbaharui pada kadar premium yang berkuatkuasa pada masa tersebut seperti yang dimaklumkan oleh Syarikat. Notis 30 hari terlebih dahulu akan diberikan sekiranya sebarang kadar premium dinaikkan.

Polisi ini boleh diperbaharui mengikut pilihan Pemegang Polisi tertakluk kepada terma, syarat dan penamatan pada setiap ulang tahun tarikh Polisi. Premium pembaharuan yang perlu dibayar akan meningkat mengikut umur dan adalah tidak dijamin dan Syarikat berhak untuk menyemak semula kadar premium yang digunakan pada masa pembaharuan. Perubahan sedemikian, jika ada, akan digunakan ke atas semua Pemegang Polisi tanpa mengira pengalaman tuntutan mereka, mengikut penilaian risiko Syarikat.

Polisi ini boleh diperbaharui mengikut pilihan Pemegang Polisi sehingga berlakunya mana-mana yang berikut:

a) tidak membayar premium atau bayaran premium tidak dilakukan tepat pada masanya
b) penipuan atau salah nyata fakta penting semasa permohonan
c) Polisi dibatalkan atas permintaan Pemegang Polisi
d) jumlah tuntutan Polisi telah mencapai had seumur hidup yang dinyatakan dan/atau kematian Orang Diinsuranskan
e) Orang Diinsuranskan tidak lagi layak sebagai tanggungan berdasarkan takrifan Polisi
f) Orang Diinsuranskan mencapai had umur perlindungan yang ditetapkan
g) Penamatan perlindungan untuk semua polisi dalam pasaran tertentu dan Syarikat menarik balik Polisi ini sepenuhnya daripada pasaran selaras dengan Syarat Penarikan Balik Portfolio.

4. SYARAT PENARIKAN BALIK PORTFOLIO

Syarikat berhak untuk membatalkan portfolio secara keseluruhan jika ia mengambil keputusan untuk tidak lagi menaja jamin produk insurans ini.

Pembatalan portfolio secara keseluruhan akan diberikan kepada Pemegang Polisi melalui notis bertulis 30 hari sebelum tamat tempoh dan Syarikat akan menamatkan semua polisi sehingga tamat tempoh perlindungan dalam portfolio.

5. KAWASAN GEOGRAFI

Semua manfaat yang disediakan dalam Polisi ini boleh digunakan di seluruh dunia dua puluh empat (24) jam sehari.

6. RAWATAN LUAR NEGARA

Jika Orang Diinsuranskan memilih untuk atau dirujuk untuk dirawat di luar Malaysia oleh Pakar Perubatan yang Bertugas, dan kemudiannya meneruskan rawatan sedemikian, manfaat berkenaan dengan rawatan tersebut akan dihadkan kepada Caj Munasabah dan Lazim yang Diperlukan Dari Segi Perubatan untuk rawatan tempatan sedemikian yang setara di Malaysia berdasarkan ketetapan kadar pertukaran rasmi pada hari terakhir Tempoh Kemasukan Hospital dan tidak termasuk kos pengangkutan ke tempat rawatan yang disediakan;

Caj Munasabah dan Lazim yang diperlukan dari segi perubatan akan dianggap sebagai:

a) yuran yang ditetapkan dalam Jadual Yuran Persatuan Perubatan Malaysia
b) caj purata bagi rawatan hospital kos sederhana akan menjadi asas pembayaran untuk semua caj lain yang berkaitan yang dikenakan untuk keterukan keadaan perubatan yang sama atau setara dengan keadaan perubatan yang sedang dirawat.

7. PERUBAHAN

Syarikat berhak untuk meminda terma dan peruntukan Polisi ini dengan memberi notis 30 hari terlebih dahulu secara bertulis

melalui pos biasa ke alamat terakhir Pemilik yang diketahui dalam rekod Syarikat, dan pindaan sedemikian akan digunakan dari pembaharuan Polisi ini yang seterusnya. Pindaan kepada Polisi ini adalah tidak sah melainkan Dibenarkan oleh Syarikat dan kelulusan sedemikian disahkan di atasnya. Syarikat perlu memberi notis bertulis 30 hari terlebih dahulu kepada pemegang polisi ke alamat terakhir yang direkodkan untuk sebarang perubahan yang dilakukan.

8. PEMBATALAN POLISI

Pemegang Polisi boleh membatalkan Polisi ini pada bila-bila masa dengan memberi notis secara bertulis kepada Syarikat. Pemberitahuan sedemikian akan berkuatkuasa dari tarikh Syarikat menerima notis tersebut atau pada tarikh yang dinyatakan dalam notis, yang mana lebih lewat. Syarikat akan membayar balik premium secara prorata kepada Pemegang Polisi untuk Tempoh Insurans yang belum tamat, dengan syarat tiada tuntutan telah dilakukan di bawah Polisi dan tertakluk kepada premium minimum RM60.

Syarikat boleh membatalkan Polisi ini dengan memberi Pemegang Polisi notis 14 hari secara bertulis kepada alamat e-mel atau alamat Pemegang Polisi yang diketahui oleh Syarikat, dan membayar balik premium secara prorata kepada Pemegang Polisi untuk Tempoh Insurans yang belum tamat.

9. PERSIJILAN, MAKLUMAT DAN BUKTI

Semua sijil, maklumat, laporan perubatan dan bukti seperti yang diperlukan oleh Syarikat mesti disediakan pada perbelanjaan Orang Diinsuranskan, dan dalam bentuk yang mungkin diperlukan oleh Syarikat. Dalam apa-apa keadaan sekalipun, semua notis yang diperlukan oleh Syarikat daripada Pemegang Polisi mesti diberikan secara bertulis dan dialamatkan kepada Syarikat. Orang Diinsuranskan harus menjalankan pemeriksaan perubatan pada bila-bila masa ia dianggap perlu atas permintaan dan perbelanjaan Syarikat.

10. UNDANG-UNDANG YANG MENTADBIR

Polisi ini dikeluarkan di bawah undang-undang Malaysia dan tertakluk serta ditadbir oleh undang-undang yang berkuatkuasa di Malaysia.

11. SALAH NYATA UMUR

Jika umur Orang Diinsuranskan tersilap nyata dan premium yang dibayar akibat daripadanya tidak mencukupi, sebarang tuntutan yang perlu dibayar di bawah Polisi ini akan diproratakan berdasarkan nisbah premium sebenar yang dibayar kepada premium yang betul yang sepatutnya dikenakan untuk tahun tersebut. Sebarang lebihan premium, yang mungkin telah dibayar akibat salah nyata umur tersebut, akan dipulang balik tanpa faedah.

Jika Orang Diinsuranskan tidak layak untuk perlindungan di bawah Polisi ini pada umur yang betul, tiada manfaat akan dibayar.

12. SUBROGASI

Jika Syarikat bertanggungjawab ke atas sebarang pembayaran di bawah Polisi ini, Syarikat akan disubrogasikan setakat pembayaran tersebut kepada semua hak dan remedi Orang Diinsuranskan terhadap mana-mana pihak dan berhak atas perbelanjaannya sendiri untuk mendakwa atas nama Orang Diinsuranskan. Orang Diinsuranskan perlu memberikan atau mempunyai sebab untuk diberikan semua bantuan sedemikian dalam kuasanya kepada Syarikat sebagaimana yang diperlukan oleh Syarikat untuk mendapatkan hak dan remedi, dan atas permintaan Syarikat, perlu melaksanakan atau mempunyai sebab untuk melaksanakan semua dokumen yang diperlukan bagi membolehkan Syarikat membawa saman secara berkesan atas nama Orang Diinsuranskan.

13. SUMBANGAN

Jika Orang Diinsuranskan mempunyai insurans lain yang melindungi sebarang penyakit atau kecederaan yang diinsuranskan oleh Polisi ini, Syarikat tidak akan bertanggungjawab untuk bahagian yang lebih besar bagi penyakit atau kecederaan sedemikian daripada jumlah yang berkenaan di bawah Polisi ini yang menanggung jumlah keseluruhan insurans sah yang melindungi penyakit atau kecederaan tersebut.

14. BAYARAN BERSAMA BILIK & PENGINAPAN YANG DINAIK TARAF

Jika Orang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital pada kadar Bilik & Penginapan diterbitkan yang lebih tinggi daripada manfaat yang layak diterima oleh beliau, Orang Diinsuranskan tersebut perlu bayar perbezaan antara kadar Bilik & Penginapan sahaja

15. PEMILIKAN POLISI

Melainkan diperuntukkan sebaliknya secara nyata oleh Pengendorsan dalam Polisi, Syarikat berhak untuk menganggap Pemegang Polisi sebagai pemilik mutlak Polisi. Syarikat tidak akan diikat untuk mengiktiraf sebarang tuntutan saksama atau tuntutan lain atau kepentingan dalam Polisi, dan penerimaan Polisi atau Manfaat oleh Pemegang Polisi (atau oleh wakil sah atau wakil yang dibenarkan) sahaja akan menjadi pelepasan berkesan untuk semua kewajipan dan liabiliti Syarikat. Pemegang Polisi akan dianggap sebagai Prinsipal atau Ejen yang bertanggungjawab bagi Orang Diinsuranskan yang dilindungi di bawah Polisi ini.

16. PEMEGANG POLISI BERIKUTNYA

Sekiranya Pemegang Polisi meninggal dunia semasa Polisi ini berkuatkuasa, pasangan sah Pemegang Polisi, jika merupakan Orang Diinsuranskan pada masa tersebut, akan menjadi Pemegang Polisi secara automatik dan semua rujukan kepada Pemegang Polisi dalam Polisi ini selepas itu akan bermakna pasangan sedemikian.

17. SALAH NYATA/PENIPUAN

Jika cadangan atau pengakuan Orang Diinsuranskan adalah tidak benar dalam sebarang aspek atau jika mana-mana fakta penting yang menjejaskan risiko dinyatakan dengan salah di sini atau ditinggalkan, atau jika insurans ini, atau apa-apa pembaharuannya telah diperoleh melalui sebarang kenyataan yang salah, salah nyata atau penindasan, atau jika sebarang tuntutan yang dilakukan ditipu atau dibesar-besarkan, atau jika sebarang pengakuan atau pernyataan palsu dilakukan untuk menyokongnya, maka dalam mana-mana kes seperti ini, Polisi ini akan terbatal.

18. TEMPOH MENUNGGU

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

19. MENETAP DI LUAR NEGARA

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

20. POLISI YANG DIAMBIL ALIH

Jika Polisi ini telah dimulakan serta-merta selepas penamatan Polisi yang terdahulu, dan jika Orang Diinsuranskan mengalami hilang upaya perubatan sebelum atau pada masa Polisi ini dimulakan (dan manfaat di bawah Polisi sebelumnya telah disediakan untuk beliau), Orang Diinsuranskan akan terus dilindungi untuk hilang upaya sedia ada tersebut, tetapi tidak melebihi had Polisi sebelumnya, dengan syarat Syarikat telah memperoleh salinan Polisi sebelumnya.

21. POLISI YANG DINAIK TARAF

Jika Manfaat yang Layak kepada mana-mana Orang Diinsuranskan di bawah terma Polisi ini ditingkatkan semasa ia berkuatkuasa atau pada masa Pembaharuan atau penggantian, dan jika Orang Diinsuranskan sedemikian mengalami Hilang Upaya sebelum atau semasa Manfaat ditingkatkan, maka Had Manfaat yang perlu dibayar berkenaan dengan Hilang Upaya tersebut tidak boleh melebihi Had Manfaat sebelum tarikh Manfaat dinaik taraf.

22. POLISI YANG DITUKAR

Jika Manfaat yang Layak yang disediakan di bawah Polisi ini telah ditukar daripada perlindungan sedia ada 'Had Dalaman' kepada perlindungan 'Sebagaimana Dicaj/Pembayaran Balik Sepenuhnya', dan jika Orang Diinsuranskan sedemikian mengalami Hilang Upaya sebelum atau pada masa Manfaat ditukar, maka manfaat yang perlu dibayar berkenaan dengan Hilang Upaya adalah mengikut Jadual Manfaat sebelum tarikh Manfaat yang Layak ditukar.

23. PENAMATAN MANFAAT

Manfaat di bawah Polisi ini akan ditamatkan pada masa Manfaat yang dilindungi telah tamat atau pada tengah malam (waktu Malaysia) hari terakhir Tempoh Insurans melainkan Orang Diinsuranskan berada di Hospital pada masa tersebut. Jika ini berlaku, masa penamatan akan dilanjutkan kepada masa Orang Diinsuranskan dibenarkan keluar dari Hospital.
Rawatan susulan tidak akan dilindungi di bawah lanjutan ini.

24. TEMPOH BERTENANG

Jika Polisi ini telah dikeluarkan dan atas apa-apa sebab sekalipun Orang Diinsuranskan memutuskan untuk tidak mengambil Polisi, Orang Diinsuranskan boleh memulangkan Polisi kepada Syarikat untuk pembatalan dengan syarat permintaan pembatalan tersebut dihantar oleh Orang Diinsuranskan kepada Syarikat dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh pengeluaran Polisi. Orang Diinsuranskan berhak mendapat pulangan premium penuh yang telah dibayar ditolak potongan untuk perbelanjaan perubatan yang ditanggung oleh Syarikat dalam pengeluaran Polisi.

PENGECUALIAN

Polisi ini tidak melindungi sebarang kemasukan ke hospital, pembedahan atau caj yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung, keseluruhan atau sebahagian, oleh mana-mana satu (1) daripada kejadian berikut:

1. Penyakit sedia ada.

2. Penyakit Tertentu yang berlaku dalam tempoh 120 hari pertama perlindungan berterusan.

3. Apa-apa keadaan perubatan atau fizikal yang timbul dalam tempoh 30 hari pertama perlindungan Orang Diinsuranskan atau tarikh pengembalian semula, yang mana lebih lewat, kecuali kecederaan akibat kemalangan.

4. Penjagaan atau rawatan yang mana pembayarannya tidak diperlukan atau setakat mana yang perlu dibayar oleh mana-mana insurans atau indemniti lain yang melindungi Orang Diinsuranskan dan Hilang Upaya yang timbul daripada pekerjaan atau profesion yang dilindungi di bawah Kontrak Insurans Pampasan Pekerja.

5. Pembedahan plastik/Kosmetik, berkhatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan refraksi atau pembedahan pembetulan rabun dekat (Keratotomi Radial atau Lasik) dan penggunaan atau pemerolehan peralatan atau peranti prostetik seperti anggota tiruan, alat pendengaran dan preskripsi untuknya.

6. Keadaan pergigian termasuk rawatan pergigian atau pembedahan mulut kecuali yang diperlukan oleh Kecederaan Akibat Kemalangan ke atas gigi asli yang sihat yang berlaku sepenuhnya semasa Tempoh Insurans.

7. Kejururawatan persendirian, rehat pulih atau penjagaan sanitari, ubat haram, kemabukan, pensterilan, penyakit kelamin dan sekuela, AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Melawan Penyakit) atau ARC (Kompleks Berkaitan AIDS) dan penyakit berkaitan HIV, dan sebarang penyakit berjangkit yang memerlukan kuarantin mengikut undang-undang.

8. Sebarang rawatan atau pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk keadaan keturunan.

9. Kehamilan, kelahiran anak (termasuk penghantaran pembedahan), dan komplikasi yang berkaitan, keguguran, pengguguran, dan penjagaan sebelum atau selepas bersalin, dan kaedah kawalan kelahiran secara pembedahan, mekanikal atau kimia yang berkaitan dengan kemandulan. Disfungsi erektil dan ujian atau rawatan yang berkaitan dengan mati pucuk atau pensterilan.

10. Gangguan psikotik, mental atau saraf (termasuk sebarang neurosis dan manifestasi secara fisiologi atau psikosomatik).

11. Penghospitalan terutamanya untuk tujuan penyiasatan, semua ujian diagnostik termasuk dan tidak terhad kepada Imbasan Tomografi Emisi Positron (PET), Imbasan Tomografi Berkomputer (CT), Imbasan Tomografi Paksi Berkomputer (CAT), Pengimejan Resonans Magnetik (MRI), pemeriksaan X-ray, pemeriksaan fizikal atau perubatan am, tidak bersampingan dengan rawatan atau diagnosis Hilang Upaya yang dilindungi atau sebarang rawatan yang tidak Diperlukan Dari Segi Perubatan dan sebarang rawatan pencegahan, ubat-ubatan pencegahan atau pemeriksaan yang dijalankan oleh Pakar Perubatan, dan rawatan khusus untuk hiperhidrosis, pengurangan atau penambahan berat badan.

12. Kos/perbelanjaan perkhidmatan bukan perubatan, seperti televisyen, telefon, perkhidmatan teleks, radio atau kemudahan yang serupa, kit/pek kemasukan dan barangan bukan perubatan lain yang tidak layak.

13. Penyakit atau Kecederaan yang timbul daripada apa-apa jenis perlumbaan (kecuali lumba lari), sukan berbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjun udara, luncur air, aktiviti dalam air yang memerlukan alat pernafasan, sukan musim sejuk, sukan profesional dan aktiviti haram.

14. Bunuh diri, percubaan membunuh diri atau sengaja mencederakan diri semasa waras atau tidak waras.

15. Penerbangan persendirian selain penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana syarikat penerbangan berjadual komersial yang dilesenkan untuk membawa penumpang melalui laluan yang ditetapkan.

16. Peperangan atau sebarang tindakan perang yang diisytiharkan atau tidak diisytiharkan, aktiviti jenayah atau pengganas, tugas aktif dalam mana-mana angkatan tentera, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan dan kekecohan awam atau pemberontakan.

17. Radiasi pengionan atau pencemaran oleh radioaktiviti daripada mana-mana bahan api nuklear atau sisa nuklear daripada proses pembelahan nuklear atau daripada mana-mana bahan senjata nuklear.

18. Perbelanjaan yang ditanggung untuk menderma mana-mana organ badan oleh Orang Diinsuranskan dan kos pemerolehan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma semasa pemindahan organ dan komplikasinya.

19. Perbelanjaan yang ditanggung untuk perubahan jantina.

20. Penyiasatan dan rawatan gangguan tidur dan berdengkur, terapi penggantian hormon dan rawatan sel stem.

21. Rawatan yang ditujukan kepada kelewatan perkembangan / atau ketidakupayaan pembelajaran pada kanak-kanak (termasuk disleksia).

PROSEDUR TUNTUTAN

1. PERISTIWA YANG MEMBAWA KEPADA TUNTUTAN

a) Orang Diinsuranskan perlu, dalam tempoh 30 hari dari Hilang Upaya yang menanggung perbelanjaan yang boleh dituntut, memberi notis bertulis kepada Syarikat dengan memberikan butiran penuh peristiwa tersebut, termasuk semua bil dan resit asal, dan laporan penuh Pakar Perubatan yang menyatakan diagnosis keadaan yang dirawat dan tarikh mula Hilang Upaya pada pendapat Pakar Perubatan dan ringkasan Pakar Perubatan tersebut mengenai kos rawatan termasuk ubat-ubatan dan perkhidmatan yang diberikan. Kegagalan untuk memberi notis sedemikian dalam masa yang dibenarkan tidak akan membatalkan sebarang tuntutan jika terbukti tidak munasabah untuk memberi notis sedemikian dan bahawa notis sedemikian telah diberikan dengan secepat mungkin.

b) Orang Diinsuranskan perlu mendapatkan dan bertindak atas nasihat perubatan yang sewajarnya dengan serta-merta dan Syarikat tidak akan bertanggungjawab sekiranya rawatan atau perkhidmatan menjadi perlu disebabkan kegagalan Orang Diinsuranskan untuk berbuat demikian.

2. TUNTUTAN TIDAK LENGKAP

Semua tuntutan mesti dikemukakan kepada Syarikat dalam tempoh 30 hari selepas selesai peristiwa di mana tuntutan tersebut dilakukan. Tuntutan tidak dianggap sebagai lengkap dan Manfaat yang Layak tidak akan dibayar melainkan semua bil untuk tuntutan sedemikian telah dikemukakan dan dipersetujui oleh Syarikat. Hanya kos sebenar yang ditanggung akan dipertimbangkan untuk pembayaran balik. Sebarang variasi atau penepian perkara di atas adalah pada budi bicara mutlak Syarikat.

3. MATA WANG PEMBAYARAN

Semua pembayaran di bawah Polisi ini perlu dilakukan dalam mata wang sah Malaysia. Sekiranya sebarang bayaran yang diminta oleh Pemegang Polisi untuk dibayar dalam mana-mana mata wang lain, maka jumlah tersebut perlu dibayar dalam mata wang permintaan seperti yang mungkin dibeli di Malaysia pada kadar lazim pasaran mata wang pada tarikh penyelesaian tuntutan.

4. SYARAT TERDAHULU KEPADA LIABILITI

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

5. NOTIS

Setiap notis atau komunikasi kepada Syarikat perlu dilakukan secara bertulis dan dihantar kepada Syarikat. Tiada pindaan dalam terma Polisi ini atau apa-apa pengendorsan ke atasnya, akan dianggap sah melainkan jika perkara yang sama ditandatangani atau ditanda oleh wakil yang dibenarkan oleh Syarikat.

6. PROSIDING UNDANG-UNDANG

Tiada tindakan di sisi undang-undang atau dalam ekuiti akan dibawa untuk mendapatkan semula Polisi ini sebelum tamat tempoh enam puluh (60) hari selepas bukti bertulis kerugian telah diberikan mengikut keperluan Polisi ini. Jika Orang Diinsuranskan gagal membekalkan bukti kerugian yang diperlukan seperti yang ditetapkan oleh terma, peruntukan dan syarat Polisi, mengemukakan bukti kerugian yang berkaitan kepada Syarikat dengan alasan kukuh untuk kegagalan mematuhi terma, peruntukan dan syarat Polisi. Penerimaan bukti kerugian tersebut adalah atas budi bicara tunggal dan keseluruhan Syarikat. Selepas tempoh tangguh tersebut telah tamat, Syarikat tidak akan menerima, atas apa-apa sebab sekalipun, bukti bertulis mengenai kerugian tersebut.

7. TIMBANG TARA

Semua perbezaan yang timbul daripada Polisi ini akan dirujuk kepada Penimbangtara yang akan dilantik secara bertulis oleh pihak yang berbeza. Sekiranya mereka tidak dapat bersetuju siapa yang akan menjadi Penimbangtara dalam tempoh satu (1) bulan selepas diperlukan untuk berbuat demikian secara bertulis, maka kedua-dua pihak berhak untuk melantik seorang Penimbangtara setiap seorang yang akan mendengar perbezaan bersama dengan seorang Pengadil yang akan dilantik oleh kedua-dua Penimbangtara. Walau bagaimanapun, ini adalah dengan syarat bahawa sebarang penafian liabiliti oleh Syarikat untuk sebarang tuntutan di bawah ini mesti dirujuk kepada Penimbangtara dalam tempoh dua belas (12) bulan kalendar dari tarikh penafian tersebut.

8. SAMAN KE ATAS PIHAK KETIGA

Tidak ada apa-apa pun dalam Polisi ini yang boleh menyebabkan Syarikat bertanggungjawab atau ditambah sebagai pihak dalam apa-apa cara sekalipun untuk sebarang tuntutan ganti rugi yang mungkin dimulakan oleh Pemegang Polisi atau Orang Diinsuranskan yang dinamakan di bawah Polisi ini terhadap mana-mana penyedia Perkhidmatan atau Rawatan Perubatan atau Pergigian, di mana mereka boleh menyaman perkara yang sama atas sebab pengabaian, penyelewengan atau sebab-

sebab lain yang timbul daripada perbuatan atau peninggalan beliau dalam rawatan atau pemeriksaan mana-mana Orang Diinsuranskan di bawah terma Polisi ini.