



POLICY INFORMATION STATEMENT

1. Proof of Age

We require proof of Age before a payment of claim is made. If Your Age is not admitted in the Policy, please send a copy of Your National Registration Identity Card, birth certificate or international passport to Us for Our records as soon as possible.

2. Payment of Premium

You may pay Your premium by credit card, debit card or via bank account.

Payment will be debited automatically. No premium due notice or receipts will be sent to You. Your bank and card statement will act as proof of payment.

3. Nomination

Nomination is not applicable.

4. Loan on Security of the Policy

This Policy does not provide loan security.

5. Policy Assignment

Policy assignment is not applicable.

6. Surrender

You may surrender this Policy for its cash value, if any. However, if You surrender this Policy in the early years of Your plan, You will be refunded a portion of the premium (if any) as set out in the table below provided that You have not made any claim on the coverage under this Policy.

Period from Policy Anniversary, Not exceeding	Premium Payment Mode	
	Annually	Monthly
15 days*	90%	No Refund
1 month	80%	Not applicable
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	

* Not applicable to 1st Policy Year.

7. Change of Address

In order for Us to keep You informed of important information, it is essential that You advise Us of Your latest correspondence address and/or Your email address.

8. Processing of Policy Benefits

Please write directly to Us or communicate with Our nearest authorised representative, whose duty is to facilitate all settlements without charge.

9. Implication of Ceasing Payment of Premium

All premiums must be made in advance on or before the premium due date. Please make sure the premiums are paid within Grace Period of thirty-one (31) days to remain covered under this Policy. If premiums are not paid, Your Policy will lapse.

10. Replacement Advice

Any person who advises You to discontinue this or any other Policy in order to take another in its place may be seeking his/her own profit at Your expense. Insist upon putting his proposal in writing, and then submit it to any of Our office for analysis and explanation.

11. Free-Look Cancellation

You may cancel Your Policy by sending us an email within fifteen (15) days from the date the Policy is transmitted to You. The premiums that You have paid will be refunded to You.

12. Tax Liabilities from Future Tax Laws

If there is any change in any tax laws or other laws or regulations affecting Us, or in the implementation or interpretation of the same, the terms and conditions set out in Your Policy Contract may be subject to change. We will give You at least ninety (90) days' notice in the event of any changes to the terms and conditions of Your Policy.



13. Customer Service

For any Policy-related transactions, inquiries or complaints, You may get in touch with Our Customer Service Representatives. Our Customer Service Representatives will assist You from Monday to Friday between 8:45 am and 5:00 pm (except public holidays).

The contact details are as follows:

Generali Life Insurance Malaysia Berhad
200601003992 (723739-W)
Generali Customer Service Centre
Level 1, Menara Generali, 27, Jalan Sultan Ismail,
50250 Kuala Lumpur, Malaysia

Telephone : 1 300 13 2121 or +603 3007 2121
Medical Card : 1300 80 0020
Email : customer.service.life@generali.com.my

14. Financial Markets Ombudsman Services

The Financial Markets Ombudsman Services (FMOS) was established on 1 January 2025 arising from the consolidation between the Ombudsman for Financial Services (OFS) and the Securities Industry Dispute Resolution Center (SIDREC). FMOS is appointed by Bank Negara Malaysia and the Securities Commission Malaysia to provide dispute resolution services to financial consumers and investors. FMOS is an independent, impartial and accessible platform that resolves financial and capital market disputes involving direct financial losses. The services of FMOS are free for financial consumers and investors.

The contact details of the FMOS are as follows:

Financial Markets Ombudsman Services
(formerly known as Ombudsman for Financial Services)
Company No: 200401025885
Level 14, Main Block, Menara Takaful Malaysia,
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman,
50000 Kuala Lumpur

General Line : +603-2272 2811
Website : www.fmos.org.my

For any other complaints You may contact:

Bank Negara Malaysia
Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (BNMLINK)
4th Floor, Podium Bangunan AICB,
No. 10, Jalan Dato' Onn,
50480 Kuala Lumpur

Telephone : 1-300-88-5465 or +603-2174-1717 (for overseas calls)
Fax : +603-2174-1515
Email : bnmlink.bnm.gov.my

You may also visit the website at www.bnm.gov.my

"The rest of this page is intentionally left blank"



PENYATAAN MAKLUMAT POLISI

1. Bukti Umur

Bukti Umur diperlukan sebelum bayaran tuntutan dibuat. Jika Umur Anda belum direkodkan dalam Polisi, sila hantar satu salinan Kad Pengenalan Pendaftaran Nasional, sijil lahir atau pasport antarabangsa Anda kepada Kami untuk rekod Kami secepat yang mungkin.

2. Pembayaran Premium

Anda boleh membayar premium Anda dengan kad kredit, kad debit atau melalui akaun bank.

Bayaran akan didebitkan secara automatik. Tiada notis atau resit akan dihantar kepada Anda. Penyata bank dan kad Anda adalah sebagai bukti pembayaran.

3. Penamaan

Penamaan tidak terpakai.

4. Pinjaman atas Jaminan Polisi

Polisi ini tidak menyediakan jaminan pinjaman.

5. Penyerahan Hak Polisi

Penyerahan hak Polisi tidak terpakai.

6. Penyerahan

Anda boleh menyerahkan Polisi ini untuk nilai tunai, jika ada. Walau bagaimanapun, jika Anda menyerahkan Polisi ini pada tahun-tahun awal, sebahagian daripada premium (jika ada) seperti yang dinyatakan di dalam jadual di bawah akan dipulangkan dengan syarat Anda tidak membuat apa-apa tuntutan atas perlindungan di bawah Polisi ini.

Tempoh dari Ulang Tahun Polisi, Tidak melebihi	Mod pembayaran premium	
	Tahunan	Bulanan
15 hari*	90%	Tiada Pulangan
1 bulan	80%	Tidak Berkecualan
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	

*Tidak terpakai untuk Tahun Polisi pertama.

7. Pertukaran Alamat

Sila maklumkan alamat surat-menyurat dan/atau emel Anda yang terkini kepada Kami bagi membolehkan Kami memaklumkan kepada Anda maklumat penting.

8. Memproses Manfaat Polisi

Sila hantar surat terus kepada Kami atau hubungi wakil-wakil berkuasa Kami yang terdekat, yang bertanggungjawab memudahkan semua penyelesaian tanpa caj.

9. Implikasi Berhenti Membayar Premium

Semua premium perlu dibayar lebih awal pada atau sebelum tarikh premium perlu dibayar. Sila pastikan premium dibayar dalam Tempoh Tangguh tiga puluh satu (31) hari untuk terus dilindungi di bawah Polisi ini. Jika premium tidak dibayar, Polisi Anda akan luput.

10. Nasihat Penggantian

Mana-mana orang yang menasihatkan Anda untuk menghentikan Polisi ini atau mana-mana polisi lain untuk menggantikannya dengan polisi lain mungkin mencari keuntungan bagi pihaknya sehingga menjejaskan Anda. Minta supaya memberikan cadangannya secara bertulis dan kemudian serahkannya kepada mana-mana Pejabat Syarikat untuk analisis dan penerangan.

11. Tempoh Tenang

Anda boleh membatalkan Polisi Anda dengan menghantar emel kepada Kami dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh Polisi ini dihantar kepada Anda. Premium yang Anda telah bayar akan dikembalikan kepada Anda.

12. Liabiliti Cukai daripada Undang-undang Cukai Masa Hadapan

Jika terdapat sebarang perubahan kepada undang-undang cukai atau mana-mana undang-undang atau peraturan-peraturan yang melibatkan Kami, atau di dalam pelaksanaan atau pentafsiran yang sama, terma dan syarat yang telah ditetapkan di dalam Kontrak Polisi Anda mungkin tertakluk kepada perubahan. Kami akan memberikan Anda notis sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari jika terdapat perubahan pada terma dan syarat Polisi Anda.



13. Khidmat Pelanggan

Bagi sebarang transaksi, pertanyaan atau aduan yang berkaitan dengan mana-mana Polisi, Anda boleh menghubungi Wakil Khidmat Pelanggan Kami. Wakil Khidmat Pelanggan Kami akan membantu Anda dari hari Isnin hingga Jumaat antara 8:45 pagi hingga 5:00 petang (kecuali cuti umum).

Butiran adalah seperti yang berikut:

Generali Life Insurance Malaysia Berhad
200601003992 (723739-W)
Generali Customer Service Centre
Level 1, Menara Generali, 27, Jalan Sultan Ismail,
50250 Kuala Lumpur, Malaysia

Telefon : 1 300 13 2121 atau +603 3007 2121
Kad Perubatan : 1300 80 0020
Emel : customer.service.life@generali.com.my

14. Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan

Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan (Financial Markets Ombudsman Services (FMOS)) telah ditubuhkan pada 1 Januari 2025 hasil daripada gabungan antara Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OFS) dan Pusat Penyelesaian Pertikaian Industri Sekuriti (Securities Industry Dispute Resolution Center (SIDREC)). FMOS dilantik oleh Bank Negara Malaysia dan Suruhanjaya Sekuriti Malaysia untuk menyediakan perkhidmatan penyelesaian pertikaian kepada pengguna kewangan dan para pelabur. FMOS ialah platform bebas, saksama dan mudah diakses bagi menyelesaikan pertikaian kewangan dan pasaran modal yang melibatkan kerugian kewangan langsung. Perkhidmatan FMOS adalah percuma untuk pengguna kewangan dan para pelabur.

Butiran FMOS adalah seperti berikut:

Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan
(dahulu dikenali sebagai Ombudsman Perkhidmatan Kewangan)
Nombor Syarikat: 200401025885
Tingkat 14, Blok Utama, Menara Takaful Malaysia,
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman,
50000 Kuala Lumpur

Talian Umum : +603-2272 2811
Laman web : www.fmos.org.my

Bagi sebarang aduan lain Anda boleh menghubungi:

Bank Negara Malaysia
Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (BNMLINK)
Tingkat 4, Podium Bangunan AICB,
No. 10, Jalan Dato' Onn,
50480 Kuala Lumpur

Telefon : 1-300-88-5465 atau +603-2174-1717 (untuk panggilan dari luar negara)
Faks : +603-2174-1515
Emel : bnmlink.bnm.gov.my

Anda juga boleh layari laman web di www.bnm.gov.my

"Bahagian lain halaman ini sengaja dikosongkan"



POLICY CONTRACT

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

DEFINITIONS

In this Policy, the words set out below shall have the corresponding meaning assigned to them.

You, Your, Yours and **Owner** means the Policy Owner named in the application until changed and is named in the Policy Schedule. The Owner may be someone other than the Insured.

We, Us, Our, Ours and **Company** means GENERALI LIFE INSURANCE MALAYSIA BERHAD at its registered office in Kuala Lumpur, Malaysia.

Accident means a sudden unintentional, unexpected, unusual and specific event that occurs at an identifiable time and place which shall, independently of any other cause, be the sole cause of the Bodily Injury.

Age means the Age on last birthday.

Annual Premium means the premium for the Basic Plan and is shown in the Policy Schedule or any latest endorsement issued by Us.

Basic Plan means Your chosen plan as stated in the Policy Schedule.

Bodily Injury means an injury caused directly and independently of all other causes by Accident of which there is evidence of a visible bruise or wound on the body, and not by Sickness, Disease or gradual physical or mental deformity or infirmity.

Company's Office means the Company's Service Department located in its main office, or as determined by Us from time to time.

Congenital Condition means 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. This will include all Congenital Conditions as classified and listed by the World Health Organization on congenital, malformations, deformations and chromosomal abnormalities. 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.

Date Applied means the date the Policy is applied and is shown in the Policy Schedule.

Day Surgery or **Daycare Surgical Procedure** means a surgical procedure performed at a Hospital or Specialist clinic which requires the use of a recovery facility on a pre-plan basis, without any overnight stays at the Hospital or Specialist clinic.

Deductible refers to the amount of Eligible Expenses payable by You before We pay the benefit as stated in the Schedule of Benefits.

Dental Treatment means the treatment required to establish or maintain oral health, tooth repair, scaling, fillings, tooth extraction, malocclusion, restoration of tooth function and alignment.

Disability means a Sickness, Disease, Illness or the entire Bodily Injuries arising from a single or continuous series of causes. **Any One (1) Disability** shall mean all of the periods of Disability arising from the same cause including any and all complications there from. However, if the Insured completely recovers and remains free from further treatment (including drugs, medicines, special diet or injection or advice for the condition) for the Disability for at least ninety (90) days following the latest date of discharge, subsequent Disability from the same cause shall be considered as a new Disability.

Doctor, Physician, Surgeon or **Anaesthetist** means a registered medical practitioner qualified and licensed to practice western medicine and who, in rendering such treatment, is practicing within the scope of his/her licence and training in the geographical area of practice, but excluding a Doctor, Physician, Surgeon or Anaesthetist who is the Insured himself/herself.

Eligible Expenses means Medically Necessary expenses incurred due to a covered Disability but not exceeding the Limits as stated in the Schedule of Benefits.

Expiry Date means the date when the Policy expires and is shown in the Policy Schedule.

General Practitioner means a Physician whose practice is not oriented to specific medical specialty but instead covers a variety of medical problems in patients of all ages.

Hospital means an establishment duly constituted and registered as a Hospital for the care and treatment of sick and injured persons as paying bed-patients, and which:

- (a) has facilities for diagnosis and major Surgery;
- (b) provides twenty-four (24) hours a day nursing services by graduate and Registered Nurses;
- (c) is under the supervision of a Physician; and
- (d) is not primarily a clinic, a place for alcoholics or drug addicts, a nursing, rest or convalescent home or a home for the aged or similar establishment.



Hospitalisation means admission to a Hospital as a registered In-Patient for Medically Necessary treatments for a covered Disability upon recommendation of a Physician. A patient shall not be considered as an In-Patient if the patient does not physically stay in the Hospital for the whole period of Hospitalisation.

Illness, Disease or Sickness means a physical condition marked by a pathological deviation from the normal healthy state.

In-Patient means an overnight admission of an Insured into a Hospital in order to receive treatment.

Insured means the person insured under this Policy and is named in the Policy Schedule.

Intensive Care Unit means a section within a Hospital which is designated as an Intensive Care Unit by the Hospital, and which is maintained on a twenty-four (24) hour basis solely for treatment of patients in critical condition and is equipped to provide special nursing and medical services not available elsewhere in the Hospital.

Issue Date means the date We issue this Policy as specified in the Policy Schedule, or in the case of any attached supplement or endorsement as specified in the supplement or endorsement. It is the month, day and year this Policy and any supplement or endorsement takes effect.

Lifetime means the entire duration where the Insured is covered under this Policy.

Limit means Annual Limit, Lifetime Limit and/or Maximum Limit Per Disability, whichever is/are applicable.

Medically Necessary means a medical service which is:

- (a) consistent with the diagnosis and customary medical treatment for a covered Disability;
- (b) in accordance with standards of accepted medical practice, consistent with current standard of professional medical care, and/or absolutely required for the Disability;
- (c) not for the convenience of the Insured or the Physician, and unable to be reasonably rendered out of Hospital (if admitted as an In-Patient);
- (d) not of an experimental, investigational or research nature, clinical trials, preventive or screening nature; and
- (e) not directly related to the final treatment or diagnosis.

MYR means the currency of Malaysia (i.e. Ringgit Malaysia (RM)) and it is used interchangeably with RM.

Out-Patient means the Insured is receiving medical care or treatment without being hospitalised and includes treatment in a daycare center.

Policy Anniversary means the same day and month each year as the Policy Date.

Policy Date means the Policy Date as shown in the Policy Schedule.

Policy Year means twelve (12) months period from the Policy Date and each succeeding twelve (12) months period thereafter from the Policy Anniversary to the next Policy Anniversary.

Pre-Existing Illness means the Disability that the Insured has reasonable knowledge of. An Insured may be considered to have reasonable knowledge of a Pre-Existing Illness where the condition is one (1) for which:

- (a) the Insured had received or is receiving treatment;
- (b) medical advice, diagnosis, care or treatment has been recommended;
- (c) clear and distinct symptoms are or were evident; or
- (d) a reasonable person in the circumstances could be expected to know.

Prescribed Medicine means the medicine that is dispensed by a Physician, a registered pharmacist or a Hospital and which has been prescribed by a Physician or Specialist in respect of treatment for a covered Disability.

Reasonable and Customary Charges means charges for medical care which is Medically Necessary to the extent that it does not exceed the general level of charges being made by others of similar standing in the locality where the charge is incurred, when furnishing like or comparable treatment, services or supplies to individuals of the same gender and of comparable age for a similar Sickness, Disease or Bodily Injury and in accordance with accepted medical standards and practice could not have been omitted without adversely affecting the Insured's medical condition. In Malaysia, Reasonable and Customary Charges shall be deemed to be those laid down in the Malaysian Medical Association's Schedule of Fees and appropriate conditions governed by the Private Healthcare and Facilities Act of Malaysia, including any amendments or enactments to it.

Registered Nurse means a nurse qualified and licensed to practice nursing within the scope of his/her licence and training in the geographical area of practice, but excluding a Registered Nurse who is the Insured himself/herself.

Regulator means Bank Negara Malaysia.

Specialist means a medical or dental practitioner registered and licensed as such in the geographical area of his/her practice where treatment takes place and who is classified by the appropriate health authorities as a person with superior and special expertise in specified fields of medicine or dentistry, but excluding a Specialist who is the Insured himself/herself.



Specified Illnesses mean any one (1) of the following Disabilities and its related complications:

- (a) Hypertension, diabetes mellitus or cardiovascular Disease;
- (b) Growths of any kind including tumours, cancers, cysts, nodules, polyps, kidney stones or gallbladder stones;
- (c) Any Diseases of the ear, nose (including sinuses) or throat;
- (d) Hernias, haemorrhoids, fistulae, hydrocele or varicocele;
- (e) Any Diseases of the reproductive system including endometriosis; or
- (f) Any disorders of the spine (including but not limited to a slipped disc) or any knee conditions.

Surgery means any of the following medical procedures:

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

Waiting Period means the first one hundred and twenty (120) days for Specified Illnesses and thirty (30) days for any other Illnesses from the Issue Date. The Waiting Period shall not be applicable to Bodily Injuries arising from Accidents.

ELIGIBILITY AND SCOPE

1. Eligible Persons

Persons eligible to be covered under this Policy must be a person who legally resides in Malaysia, Singapore or Brunei. Persons become ineligible when they have resided continuously for ninety (90) days, or spend more than one hundred and eighty (180) days in a calendar year, outside Malaysia, Brunei or Singapore.

2. Overseas Treatment

If an Insured who is a Malaysian citizen and elects to or is referred to be treated outside Malaysia by the attending Physician, benefits in respect of the treatment shall be limited to the Reasonable and Customary and Medically Necessary Charges for such equivalent local treatment in Malaysia and shall exclude the cost of transport to the place of treatment. Reasonable and Customary and Medically Necessary Charges shall be deemed to be those listed in the Malaysian Medical Association's Schedule of Fees inclusive of any amendments/enactments made to it.

This benefit is not applicable to non-Malaysian citizens. Only treatment sought in Malaysia would be covered.

3. Overseas Residence

No benefit whatsoever shall be payable for any medical treatments received outside Malaysia, Singapore or Brunei by an Insured who is a Malaysian citizen, if the Insured resides or travels outside these countries for more than ninety (90) consecutive days or spend more than one hundred and eighty (180) days in a calendar year, outside these countries.

For an Insured who is not a citizen of Malaysia, no benefit whatsoever shall be payable for any medical treatments provided outside Malaysia.

4. Waiting Period

Eligibility for benefits starts one hundred and twenty (120) days for Specified Illnesses and thirty (30) days for any other Illnesses from the Issue Date. The Waiting Period shall not be applicable to Bodily Injuries arising from Accidents.



GENERAL PROVISIONS

1. Contract

This Policy is issued in consideration of the payment of premium as specified in the Policy Schedule and pursuant to Your answers to the questions in Your enrolment form or in any of Our subsequent questionnaires on any matters relating to Your enrolment form and any disclosures that You made between the time of submission of Your enrolment form and the time this contract is entered into (collectively referred to as "the material information") and such material information shall form part of this contract of insurance between Us and You.

However, in the event of any pre-contractual misrepresentation made in relation to such material information, only the remedies in Schedule 9 of the Financial Services Act 2013 shall apply.

If You are required by Us, before this Policy is renewed or varied, to answer any question or if You are required to confirm or amend any matter previously disclosed by You to Us in relation to this Policy, it is Your duty to take reasonable care not to make any misrepresentation when answering the questions or confirming or amending any matter previously disclosed.

The entire contract is made up of this Policy with all its pages, the attached copy of the enrolment form, Policy Schedule and any attached endorsement or supplement provided that the name and form number for such endorsement or supplement is listed in the Policy Schedule and shall constitute the entire contract between You and Us.

No intermediary, nor anyone other than Our duly authorised officer, has the power to change this contract or waive any of its rights or requirements. The contract cannot be changed after this Policy has been issued without Your consent and Our agreement, except that We may, without Your consent, amend this Policy to reflect changes as required by law.

This Policy is governed by the laws of Malaysia and the parties agree to be subjected to the exclusive jurisdiction of the Malaysian courts.

2. Incontestability

Except for fraud, We will not contest the validity of this Policy after it has been in force during the Insured's Lifetime for two (2) years from the Issue Date. However, if We can show that there is a suppression of a material fact or a statement by You/the Insured on a material matter was inaccurate, false, misleading or it was fraudulently made or omitted, We shall have the right to void this Policy accordingly.

Where this Policy has been in force during the Lifetime of the Insured for two (2) years or less from the Issue Date, We may void this Policy and refuse all claims if a misrepresentation was found to be deliberate or reckless.

If the misrepresentation was careless or innocent, We may:

- (a) void this Policy and refuse all claims, in which case We shall refund all premiums paid. This payment shall be a complete and valid discharge of any of Our liability under this Policy;
- (b) include different terms if We would have entered into this Policy with different terms had the information been disclosed to Us; or
- (c) take any necessary remedies in accordance with the Financial Services Act 2013.

3. Misstatement of Age

Subject to Our rights in the case of fraud, if the Insured's Age has been misstated, the benefits, the premiums and the coverage terms under this Policy will be adjusted according to the correct Age.

- (a) If the Age of the Insured is misstated and if the premium paid is lower than supposed premium, We will pay the benefits that the premium paid would have purchased according to the rate at the true Age, and not the benefits as shown in Policy Schedule or any subsequent endorsement issued by Us;
- (b) If the Age of the Insured is misstated and if the premium paid is higher than supposed premium, We will refund the excess of premium paid without interest; or
- (c) If the Insured was not insurable under this Policy according to Our requirements, this Policy (including any attached endorsement and supplement) will be void from the Policy Date and all premiums paid without interest will be refunded.

Proof of Age of the Insured shall be required prior to payment of any benefit under this Policy.

4. Non-participating

This is a non-participating Policy and is not entitled to participate in the distribution of surplus by Us.

5. Termination

This Policy will be automatically terminated upon the first occurrence of any one (1) of the following events:

- (a) when this Policy is or is deemed to be surrendered according to the terms of this Policy;
- (b) upon termination in accordance with the Grace Period clause under the Premium and Charges Provision;
- (c) on the Expiry Date; or
- (d) death of the Insured.

Once terminated, this Policy shall cease to be in force. The payment or acceptance of any premium hereunder subsequent to the termination of this Policy shall not create any liability on Our part but We shall refund any such premium without interest.



6. Notice

Any notice to be given to You under this Policy will be sent to You via the email address that You have registered with Us during the enrolment or change request in Our records at the Company's Office. Any such notice will run from the time such notice is sent. In the case that any notice is returned undelivered to You, We may withhold all subsequent notices until We have been notified by You of Your new email address.

Every notice or communication to Us shall be in writing and sent to Us at Our authorised email address and/or Company's Office.

7. Claim Procedure

- (a) The Insured shall within thirty (30) days of a Disability that incurs claimable expenses, give Us written notice stating full particulars of such event, including all original bills and receipts, and a completed Physician's report stipulating the diagnosis of the condition treated and the date the Disability commenced in the Physician's opinion and the Physician's summary of the cost of treatment including medicines and services rendered. Failure to furnish such notice within the time allowed shall not invalidate any claims if it is shown not to have been reasonably possible to furnish such notice and that such notice was furnished as soon as was reasonably possible.
- (b) The Insured shall immediately procure and act on proper medical advice and We shall not be held liable in the event a treatment or service becomes necessary due to failure of the Insured to do so.

8. Incomplete Claims

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

9. Currency of Payment

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

10. Source of Funds; No Money Laundering; No Tax Evasion

The Owner represents, warrants and certifies to Us that:

- (a) all amounts invested in this Policy have been or will be properly declared to relevant tax authorities in the jurisdiction of the Owner's tax residence and/or any other jurisdictions as necessary or appropriate in accordance with applicable laws and regulations, and
- (b) none of the funds derive, directly or indirectly, from illegal activities or sources and/or tax evasion.

11. Breach of Representations; Company's Right to Rescind and Impose Surrender Charges; Right to Freeze Refund Amount

The Owner acknowledges that in the event of a violation of the foregoing Owner's representation and warranty, the Owner hereby expressly acknowledges and agrees that We shall, to the fullest extent permitted by applicable law and regulation, have the right to:

- (a) terminate this Policy immediately;
- (b) notwithstanding the actual date of termination pursuant to clause (a) above, impose the maximum surrender and any other charges imposable on the Owner under this Policy as if this Policy had been surrendered immediately after issuance;
- (c) notify relevant governmental authorities and furnish all information deemed necessary or appropriate in the entire discretion of the Insurer concerning the Owner and/or this Policy; and
- (d) if deemed appropriate after consultation with governmental authorities and legal counsel, either
 - (i) refund the premiums paid less any medical expenses which may have been incurred, any applicable surrender and other charges in accordance with clause (b) above (the "Refund Amount"), or
 - (ii) if requested or required to do so by competent governmental authorities, freeze or pay over to relevant governmental authorities all or a portion of the Refund Amount or take such other actions as the competent governmental authorities may request or require.

12. Sanctions Clause

No insurer shall be deemed to provide cover and no insurer shall be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose that insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of European Union, United States of America or any law enforcement in any country.

13. Tax

We reserve the right to levy such taxes as allowable under the laws of Malaysia.

14. Policy of Cooperating with Tax and other Governmental Authorities; Consent to Disclose Information to Tax and other Governmental Authorities

The Generali Group and the Company have a longstanding Policy of cooperating with tax and other governmental authorities to combat money laundering, tax evasion or other illegal activities. In cases where the Owner is not a tax resident of the jurisdiction in which this Policy is issued (a "Cross-Border Transaction") the Generali Group may disclose to the Owner's home country tax and/or other governmental authorities the identity of the Owner and certain information concerning this Policy and the Owner hereby consents and agrees that We may make such disclosure.



15. Alterations

We reserve the right to amend the terms and provisions of this Policy by giving a ninety (90) days prior written notice via email or ordinary post to Your last known email address or address in Our record, and such amendment will be applicable from the next renewal of this Policy. No alteration to this Policy shall be valid unless authorised by Us and such approval is endorsed thereon. This Policy shall then be read subject to such amendment.

16. Waiver

No failure or delay on Our part in exercising any right or power under this contract shall operate as a waiver thereof, nor any single or partial exercise of any such right or power preclude any other right or power.

17. Ownership of Policy

You may exercise all Policy rights and privileges while the Insured is living. You may change the Owner of this Policy by providing satisfactory written notice in Our prescribed form to be sent to Us at the Company's Office. Such change is valid only if the request is dated and signed by Us at the Company's Office during the Lifetime of the Insured while this Policy is in force and the request duly endorsed in this Policy. We will not be responsible for any payments We make or other action We take before We date and sign the request.

18. Certification, Information and Evidence

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

19. Period of Cover and Renewal

This Policy shall become effective following the Issue Date stated in the Policy Schedule or the endorsement, if any. The Policy Anniversary shall be one (1) year after the Policy Date and annually thereafter. On each such anniversary, this Policy is renewable at the premium rates in effect at that time and We shall notify You in writing of any changes in the renewal premium at least ninety (90) days before the change takes effect.

This Policy will be renewable at Your option subject to Our terms, conditions and termination at each of the anniversary of the Policy Date. The renewal premium will increase with Age and is not guaranteed. We reserve the right to revise the premium rate based on risk factors applicable at the time of renewal. Such changes, if any, shall be applicable to all Owners irrespective of their claim experience according to Our risk assessment.

This Policy is renewable at Your option until the occurrence of any of the following:

- (a) Non-payment of premium or premium not made on time;
- (b) Fraud or misrepresentation of material fact during application;
- (c) This Policy is cancelled/surrendered at Your request;
- (d) The Insured attains the coverage Age as specified in Policy Schedule; or
- (e) On the death of the Insured.

20. Change in Risk

The Insured shall give Us immediate written notice of any material change in his/her occupation, business, duties or pursuits and pay any additional premium that We may require.

21. Subrogation

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

22. Contribution

If the Insured carries other insurance covering any Illnesses or Bodily Injuries insured by this Policy, We shall not be liable for a greater proportion of such Illness or Bodily Injury than the amount applicable hereto under this Policy bears to the total amount of all valid insurance covering such Illness or Bodily Injury.

23. Upgraded Room and Board

If the Insured is hospitalised at a published Hospital Room and Board rate which is higher than his/her eligible benefit, You/the Insured shall pay the difference in the Room and Board rate.

24. Change of Plan

Any increase or decrease in the insurance coverage for the Insured, which is due to a change this Policy will become effective only on the next Policy Anniversary date provided We approved such change. Any increase in the insurance coverage shall be subjected to further evidence of health satisfactory to Us. Upon change of plan, Inflation Defender will be reset and all accumulated Inflation Defender will not be carried forward to the upgraded or downgraded plan.



25. Free Look Cancellation

If You are not satisfied with this Policy for any reason, You may return it to Us by sending an email to Us requesting for cancellation to reach Our Office within fifteen (15) days from the date of receipt of this Policy. We will cancel this Policy and refund to You the premium paid. However, no refund can be made when a claim has been admitted.

26. Surrender

You may cancel this Policy at any time by giving a written notice to Us. This Policy will be terminated at the end of the month in which We approve Your request for the cancellation. We will refund to You a portion of the premium (if any) as follows, provided no claim has been made under the Policy:

Period from Policy Anniversary, Not exceeding	Premium Payment Mode	
	Annually	Monthly
15 days*	90%	No Refund
1 month	80%	Not Applicable
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	

* Not applicable to first (1st) Policy Year.

27. Condition Precedent to Liability

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

28. Legal Proceedings

No action at law or in equity shall be brought to recover on this Policy prior to expiration of sixty (60) days after written proof of loss has been furnished in accordance with the requirements of this Policy. If the Insured shall fail to supply the requisite proof of loss as stipulated by the terms, provisions and conditions of this Policy, the Insured may, within the grace period of one (1) calendar year from the time that the written proof of loss to be furnished, submit to Us the relevant proof of loss 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 determined by Us. After such grace period has expired, We will not accept, for any reason whatsoever, such written proof of loss.

PREMIUM AND CHARGES PROVISION

1. Premium

Premium as specified in the Policy Schedule is the first premium payable to Us. Premium must be paid in the same payment frequency and payable to Us on or before the due date.

2. Grace Period

You are allowed a grace period of thirty one (31) days after the due date for payment of each premium. This Policy will remain in force during this grace period.

If the premium remains unpaid after the grace period, this Policy will lapse.

3. Change or Addition of Charges or Fees

We have the right to change or apply additional charges or fees, by giving You at least ninety (90) days' written notice prior to the Policy Anniversary date.



BENEFIT PROVISION

SCHEDULE OF BENEFITS

BENEFIT		Plan 150	Plan 100	Plan 50	Plan 20
Annual Limit (applicable to Section A and B)		RM150,000	RM100,000	RM50,000	RM20,000
Inflation Defender		Annual Limit will be increased by 10% of the initial Annual Limit at the end of every five (5) Policy Years starting from the Issue Date, subject to a maximum of 50% of the initial Annual Limit.			
Lifetime Limit		No Limit			
Deductible per Hospitalisation (applicable to Section A and B)		RM1,000			
Section A In-Patient and Surgical Benefit					
1	Hospital Room and Board (daily maximum)	RM250			
2	Intensive Care Unit	As charged			
3	In-Patient Related Fees (a) Hospital Supplies and Services (b) Surgical Fees (c) Anaesthetist Fees (d) Operating Theatre (e) Prescribed Medicines (f) Diagnostic Procedures and Physiotherapy (g) Physician/Specialist Visit (up to two (2) visits per day per Physician/Specialist)	As charged			
4	Ambulance Fees	As charged			
5	Daily Allowance for Hospitalisation due to Accident	RM50 per day, up to thirty (30) days per Policy Year			
6	Daily Allowance for Hospitalisation in Intensive Care Unit	RM100 per day, up to thirty (30) days per Policy Year			
Section B Out-Patient Benefit					
7	Daycare Surgical Procedure	As charged			
8	Consultations and Diagnostic Procedures (including medication) (up to three (3) times and within thirty one (31) days before Hospitalisation)				
9	Post Hospitalisation Care and Physiotherapy Treatment (within sixty (60) Days from Hospital discharge)				
10	Emergency Accidental Treatment (up to three (3) times per Any One (1) Disability)				
Section C Special Benefit					
11	No Claim Rewards	RM60	RM50	RM30	RM20

DESCRIPTION OF BENEFITS

Annual Limit

Benefits payable in respect of Eligible Expenses incurred in excess of Deductible amount, if any, for treatments provided to the Insured for benefits under Section A and B during the period of insurance shall be limited to the Annual Limit plus the accumulated Inflation Defender, if any, for any one (1) Policy Year irrespective of the type of Disability. In the event the Annual Limit plus the accumulated Inflation Defender, if any, for a Policy Year is fully exhausted, all coverage for benefits under Section A and B of the Schedule of Benefits shall immediately cease to be payable for the remaining Policy Year.

Inflation Defender

Annual Limit of the Basic Plan will be increased by 10% of the initial Annual Limit as stated in the Schedule of Benefits at the end of every five (5) Policy Years starting from the Issue Date. The amount of this benefit shall not exceed 50% of the initial Annual Limit as stated in the Schedule of Benefits.

Deductible

Total accumulated Eligible Expenses incurred for each Hospitalisation are subject to the Deductible amount as stated in the Schedule of Benefits, whereby You will be responsible for paying the Deductible and We will reimburse the balance of the Eligible Expenses in excess of the Deductible, if any, subject to the Limit of the plan as stated in the Schedule of Benefits. Deductible applies to benefits under Section A and B of the Schedule of Benefits.



The benefits described below may be subject to maximum Limits as stated in the Schedule of Benefits.

A. Section A: In-Patient and Surgical Benefit

1. Hospital Room and Board

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges Medically Necessary for room accommodation and meals, subject to the Limit of the plan as stated in the Schedule of Benefits. The amount of the benefit shall be equal to the actual charges made by the Hospital during the Insured's Hospitalisation, but in no event shall the payment of benefit exceed, for any one (1) day, the rate of Hospital Room and Board benefit as stated in the Schedule of Benefits. The Insured will only be entitled to this benefit while confined to a Hospital as an In-Patient or for Day Surgery.

2. Intensive Care Unit

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges Medically Necessary for actual room and board incurred during Hospitalisation as an In-Patient in the Intensive Care Unit of the Hospital, subject to the Limit of the plan as stated in the Schedule of Benefits. This benefit shall be payable equal to the actual charges made by the Hospital.

No Hospital Room and Board benefit shall be payable for the same period of Hospitalisation where the daily Intensive Care Unit benefit is payable.

3. In-Patient Related Fees

Reimbursement of the charges incurred for the In-Patient Related Fees as stated below, and subject to the Limit of the plan as stated in the Schedule of Benefits:

(a) Hospital Supplies and Services

The medical report charges, general nursing services, any tax imposed by Government of Malaysia on eligible Hospital Room and Board charges and any charges incurred for Medically Necessary ancillary services and consumable items which relate directly to the treatment that the Insured receives as an In-Patient or for Day Surgery. Payment will not be made for the acquisition, extraction procedure and cultivation of tissues and cells (inclusive of stem cells) required for the treatment.

(b) Surgical Fees

The Reasonable and Customary Charges for a Medically Necessary Surgery performed by the Specialist or Surgeon, including pre-surgical assessment, Specialist's visits and post-surgery care while the Insured is confined to a Hospital as an In-Patient.

(c) Anaesthetist Fees

The Reasonable and Customary Charges by the Anaesthetist for the Medically Necessary administration of anaesthesia.

(d) Operating Theatre

The Reasonable and Customary Operating Room charges for the use of the operating theatre and equipment incidental to the Medically Necessary surgical procedure.

(e) Prescription Medicines

The Prescribed Medicines which are Medically Necessary and directly for the treatment of the Disability, excluding any traditional and complementary medicines, supplementary medicines, vitamins or nutritional herbs.

(f) Diagnostic Procedures and Physiotherapy

The Reasonable and Customary Charges for In-Patient diagnostic procedures and In-Patient physiotherapy that relate directly to the Disability and are Medically Necessary for which the Insured receives treatment as an In-Patient.

(g) Physician/Specialist Visit

The Reasonable and Customary Charges for Medically Necessary visits by a Physician or Specialist to the Insured while confined to a Hospital as an In-Patient, subject to a maximum of two (2) visits per day per Physician or Specialist.

4. Ambulance Fees

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for necessary domestic road ambulance services (inclusive of attendant) to and/or from the Hospital of Hospitalisation. Payment will not be made if the Insured is not hospitalised and subject to the Limit of the plan as stated in the Schedule of Benefits.

5. Daily Allowance for Hospitalisation due to Accident

If the Insured is hospitalised in a Hospital within twenty-four (24) hours from the date of Accident, for Medically Necessary treatment resulting from a Bodily Injury arising from an Accident, We will pay the amount of benefit as stated in the Schedule of Benefits for each day of Hospitalisation, up to the maximum number of days as stated in the Schedule of Benefits.

6. Daily Hospital Allowance for Intensive Care Unit

If the Insured is hospitalised in an Intensive Care Unit for a Disability, We will pay the amount of benefit as stated in the Schedule of Benefits for each day of Hospitalisation, up to the maximum number of days as stated in the Schedule of Benefits.

This benefit is payable in addition to the Daily Allowance for Hospitalisation due to Accident.



B. Section B: Out-Patient Benefit

7. Daycare Surgical Procedure

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges charged by the Hospital or Specialist centre for a Medically Necessary Day Surgery or Daycare Surgical Procedure performed as an Out-Patient. This benefit covers all incidental services and supplies provided for the procedures and subject to the Limit of the plan as stated in the Schedule of Benefits.

The Day Surgery and Daycare Surgical Procedure should include minor operations such as but not limited to: adenoidectomy, arthroscopy, bronchoscopy, bunionectomy, cataract removal, cholecystectomy, colonoscopy, coronary angiography, digestive tract endoscopy, dilatation and curettage of uterus, excision of pilonidal cyst, haemorrhoidectomy, hammer toe repair, laparoscopy, laryngoscopy and tracheoscopy, lumbosacral manipulation, myringotomy, prostate biopsy, reduction of nasal fracture, strabismus repair and tonsillectomy, that is commonly performed safely on an Out-Patient basis.

Any Day Surgeries or Daycare Surgical Procedures done for investigative and diagnostic purpose not related to treatment for any Disabilities will not be covered.

8. (a) Consultations before Hospitalisation

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for consultation (including medication) by a Physician, General Practitioner or Specialist, and directly related to the same Disability preceding the Hospitalisation, up to three (3) times for Any One (1) Disability and within the maximum number of days and subject to the Limit of the plan as stated in the Schedule of Benefits. Such consultation is Medically Necessary and has been recommended in writing by the attending Physician, General Practitioner or Specialist.

No payment shall be made for any consultations, medications and treatments after the Illness is diagnosed or do not result in Hospitalisation of the Insured.

(b) Diagnostic Procedures before Hospitalisation

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for Medically Necessary diagnostic tests which include but not limited to Electrocardiogram (ECG), X-ray and laboratory tests, which are performed for diagnostic purposes on account of a Bodily Injury or Illness that directly related to the same Disability preceding the Hospitalisation and in conjunction with the pre-hospitalisation consultation for the same Disability, up to three (3) times for Any One (1) Disability and within the maximum number of days and subject to the Limit of the plan as stated in the Schedule of Benefits. The diagnostic tests must be recommended by the same Physician or Specialist providing that pre-hospitalisation consultation.

No payment shall be made if upon such diagnostic tests do not result in Hospitalisation of the Insured. No payment shall be made for any diagnostic tests and investigation should such tests are not available in Malaysia.

9. (a) Post Hospitalisation Care

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for Medically Necessary follow-up treatments by the same attending Physician or Specialist after a Surgery or In-Patient treatment, within the number of days and Limit of the plan as stated in the Schedule of Benefits immediately following discharge from Hospital for a surgical or non-surgical Disability. This shall include Prescribed Medicines during the follow-up treatments but the total supply needed shall not exceed the maximum number of days of the plan as stated in the Schedule of Benefits.

(b) Physiotherapy Treatment

Reimbursement of Reasonable and Customary Charges for Medically Necessary Out-Patient physiotherapy treatments referred in writing by the same Physician or Specialist after Surgery or In-Patient treatment within the number of days and the Limit of the plan as stated in the Schedule of Benefits. Such physiotherapy treatment must be performed in the same Hospital which the Insured is hospitalised. However, no payment will be made for medication or treatment and subsequent consultations from the same Specialist or Physician.

10. Emergency Accidental Treatment

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for up to the Limit of the plan as stated in the Schedule of Benefits, as a result of a Bodily Injury arising from an Accident up to three (3) times for Any One (1) Disability for Medically Necessary treatment as an Out-Patient at any registered clinic or Hospital provided the Insured received the first (1st) Medically Necessary treatment within twenty-four (24) hours of the Accident causing the Bodily Injury.

If the damage on sound natural teeth is caused by an Accident, We will reimburse charges for pain relieving Dental Treatment excluding restorative procedure such as crowning, bridging, as well as root canal treatment.



C. Section C: Special Benefit

11. **No Claim Rewards**

If You have not made any claims under this Policy for at least one (1) Policy Year, You will be eligible for the No Claim Rewards as stated in the Schedule of Benefits at the end of the Policy Year. The payment of No Claim Rewards will be processed within sixty (60) days from the end of the Policy Year. This benefit will be payable to You in cash equivalents such as but not limited to e-voucher or cash voucher. The payment method of this benefit is subject to change from time to time as determined by Us, however, the amount payable for this benefit will not be reduced.

Once there is any claim made under this Policy, No Claim Rewards on a specified Policy Year will cease. You will be eligible for the No Claim Rewards again if no claim is made for the following Policy Year.

This benefit is not subject to the Deductible and Annual Limit as stated in the Schedule of Benefits.

If an eligible claim from the preceding Policy Year is subsequently registered after the No Claim Rewards has been paid, We reserve the right to deduct the amount of No Claim Rewards for the corresponding Policy Year from You.

EXCLUSIONS

This Policy does not cover any Hospitalisation, Surgeries or charges incurred caused directly or indirectly, wholly or partly, by any one (1) of the following occurrences:

1. Pre-Existing Illnesses;
2. Specified Illnesses occurring within the Waiting Period;
3. Any Disabilities, medical or physical conditions and its signs and symptoms occurring within the Waiting Period, except for Injuries due to Accidents;
4. Circumcision, eye examination, refractive Surgery or surgical procedure for visual impairments due to astigmatism, farsightedness or nearsightedness (Radial Keratotomy or Lasik), glasses or contact lenses, intraocular lens (except monofocal intraocular lenses in cataract Surgery), High-intensity Focused Ultrasound (HIFU), rhizolysis, robotics Surgery that aided surgical procedure and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof;
5. Dental conditions including Dental Treatment or oral Surgery except as necessitated by Injuries due to Accidents to sound natural teeth occurring during the period of insurance;
6. Private nursing, rest cures or sanatoria care, illegal drugs, intoxication, sterilisation, venereal Disease and its sequelae, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC) and Human Immunodeficiency Virus (HIV) related Diseases, and any communicable Diseases requiring quarantine by law (This exclusion does not apply to any Hospitalisation, Surgery, charges incurred or death, whichever is applicable, due to Coronavirus Disease (COVID-19));
7. Any treatments or surgical operation for Congenital Conditions or deformities including hereditary conditions;
8. Pregnancy, pregnancy related condition or its complications, child birth (including surgical delivery), miscarriage, abortion and prenatal or postnatal care and surgical, mechanical or chemical contraceptive methods of birth control or treatment pertaining to infertility, erectile dysfunction and tests or treatment related to impotence or sterilisation;
9. Hospitalisation primarily for investigatory purposes, diagnosis, X-ray examinations, general physical or medical examinations that are not related whether directly or indirectly to treatment or diagnosis of a covered Disability, any treatments which is not Medically Necessary, tests and investigations done for the purpose of excluding diagnosis other than the final diagnosis in which final treatment is rendered, any preventive treatments, preventive medicines or examinations carried out by a Physician, and any treatments specifically for weight reduction or gain or bariatric Surgery;
10. Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while sane or insane;
11. War or any act of war, declared or undeclared, criminal or terrorist activities, active duty in any armed forces, direct participation in strikes, riots, civil commotion or insurrection;
12. Biological or chemical contamination, ionising radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any nuclear weapons material;
13. Expenses incurred for donation of any body parts or organs by the Insured and costs of acquisition of the organ including all costs incurred by the donor during organ transplant and its complications;



14. Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy, placenta/serum therapy, chelation therapy and alternative therapy such as treatment, medical service or supplies, including but not limited to acupressure reflexology, bone setting, herbalist treatment, traditional and complementary medicine (unless otherwise specified), supplementary medicine, vitamin, nutritional herb, massage or aroma therapy or other alternative treatment;
15. Care or treatment for which payment is not required or to the extent which is payable by any other insurance or indemnity covering the Insured and Disabilities arising out of duties of employment or profession that is covered under a workman's compensation insurance contract;
16. Psychotic, mental or nervous disorders (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations) and any other conditions classified under the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV Codes) as published by American Psychiatric Association;
17. Costs/expenses of services of a non-medical nature, such as television, telephones, telex services, radios or similar facilities, admission kit/pack and other ineligible non-medical items;
18. Sickness or Injury arising from racing of any kind (except foot racing), hazardous sports such as but not limited to skydiving, water skiing, underwater activities requiring breathing apparatus, winter sports, professional sports and illegal activities;
19. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes;
20. Expenses incurred for gender changes;
21. Any treatments directed towards developmental delays and/or learning Disabilities of an Insured;
22. Any treatments which only offer temporary relief of symptoms on any long-term Illnesses and Diseases rather than dealing with the underlying medical condition;
23. Any diagnostic tests, procedures, blood tests, investigations or screenings that are not directly related to the final diagnosis and treatment for the covered Disability; or
24. Cosmetic/aesthetic/plastic Surgery or treatment, or treatment which relates to or is needed because of previous cosmetic treatment. However, We will pay for the reconstructive Surgery if:
 - (a) it is carried out to restore function or appearance after an Accident or following Surgery for a medical condition, provided that the Insured has been continuously covered under the Policy since before the occurrence of Accident or Surgery;
 - (b) it is done at a medically appropriate stage after the Accident or Surgery; and
 - (c) We agree, in writing, to the cost of the treatment before it is done.

"The rest of this page is intentionally left blank"



APPENDIX: PREMIUM RATES

The illustrated premium rates are only applicable to standard risk. The premium rates for Age 56 to 79 for renewal only.

For individual plan:

Attained Age (Last Birthday)	Plan 150		Plan 100		Plan 50		Plan 20	
	Monthly Premium (RM)	Annual Premium (RM)	Monthly Premium (RM)	Annual Premium (RM)	Monthly Premium (RM)	Annual Premium (RM)	Monthly Premium (RM)	Annual Premium (RM)
0 – 5	73.06	833.00	72.45	826.00	65.96	752.00	62.71	715.00
6 – 15	40.78	465.00	39.99	456.00	36.75	419.00	34.64	395.00
16 – 19	40.78	465.00	39.99	456.00	36.75	419.00	34.64	395.00
20 – 24	41.75	476.00	40.35	460.00	38.24	436.00	34.99	399.00
25 – 29	41.75	476.00	40.35	460.00	38.24	436.00	34.99	399.00
30 – 34	44.56	508.00	42.45	484.00	40.35	460.00	37.19	424.00
35 – 39	44.99	513.00	43.33	494.00	40.70	464.00	37.54	428.00
40 – 44	55.52	633.00	53.06	605.00	49.82	568.00	46.57	531.00
45 – 49	92.54	1,055.00	89.21	1,017.00	83.24	949.00	76.75	875.00
50 – 54	130.35	1,486.00	125.43	1,430.00	118.85	1,355.00	108.06	1,232.00
55 – 59	240.26	2,739.00	227.98	2,599.00	214.99	2,451.00	199.91	2,279.00
60 – 64	345.70	3,941.00	333.33	3,800.00	314.73	3,588.00	287.36	3,276.00
65 – 69	520.26	5,931.00	500.52	5,706.00	471.92	5,380.00	431.05	4,914.00
70 – 74	520.26	5,931.00	500.52	5,706.00	471.92	5,380.00	431.05	4,914.00
75 – 79	520.26	5,931.00	500.52	5,706.00	471.92	5,380.00	431.05	4,914.00

For family plan:

Attained Age (Last Birthday)	Plan 150		Plan 100		Plan 50		Plan 20	
	Monthly Premium (RM)	Annual Premium (RM)	Monthly Premium (RM)	Annual Premium (RM)	Monthly Premium (RM)	Annual Premium (RM)	Monthly Premium (RM)	Annual Premium (RM)
0 – 5	69.47	792.00	68.85	785.00	62.71	715.00	59.64	680.00
6 – 15	38.77	442.00	38.07	434.00	34.99	399.00	32.98	376.00
16 – 19	38.77	442.00	38.07	434.00	34.99	399.00	32.98	376.00
20 – 24	39.73	453.00	38.33	437.00	36.40	415.00	33.33	380.00
25 – 29	39.73	453.00	38.33	437.00	36.40	415.00	33.33	380.00
30 – 34	42.36	483.00	40.35	460.00	38.33	437.00	35.35	403.00
35 – 39	42.80	488.00	41.22	470.00	38.68	441.00	35.70	407.00
40 – 44	52.80	602.00	50.43	575.00	47.36	540.00	44.29	505.00
45 – 49	87.98	1,003.00	84.82	967.00	79.12	902.00	72.98	832.00
50 – 54	123.85	1,412.00	119.21	1,359.00	112.98	1,288.00	102.71	1,171.00
55 – 59	228.33	2,603.00	216.66	2,470.00	204.29	2,329.00	189.99	2,166.00
60 – 64	328.41	3,744.00	316.66	3,610.00	299.03	3,409.00	273.06	3,113.00
65 – 69	494.29	5,635.00	475.52	5,421.00	448.33	5,111.00	409.56	4,669.00
70 – 74	494.29	5,635.00	475.52	5,421.00	448.33	5,111.00	409.56	4,669.00
75 – 79	494.29	5,635.00	475.52	5,421.00	448.33	5,111.00	409.56	4,669.00

“The rest of this page is intentionally left blank”



KONTRAK POLISI

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

TAKRIF

Di dalam Polisi ini, perkataan-perkataan yang dinyatakan di bawah akan memberi maksud yang telah ditetapkan.

Anda dan Pemilik bermaksud Pemilik Polisi yang dinamakan dalam permohonan sehingga nama itu diubah dan dinamakan di dalam Jadual Polisi. Pemilik mungkin berbeza daripada Orang Yang Diinsuranskan.

Kami dan Syarikat bermaksud GENERALI LIFE INSURANCE MALAYSIA BERHAD di pejabat berdaftar di Kuala Lumpur, Malaysia.

Kemalangan bermaksud kejadian secara tiba-tiba, tidak sengaja, tidak dijangka, luar biasa dan khusus yang berlaku pada masa dan tempat yang dikenal pasti, bebas daripada apa-apa sebab lain, yang menjadi satu-satunya sebab bagi Kecederaan Anggota Badan.

Umur bermaksud Umur pada hari lahir yang terakhir.

Premium Tahunan bermaksud premium untuk Pelan Asas dan ditunjukkan dalam Jadual Polisi atau apa-apa endorsemen terkini yang dikeluarkan oleh Kami.

Pelan Asas bermaksud pelan yang dipilih oleh Anda seperti yang dinyatakan di dalam Jadual Polisi.

Kecederaan Anggota Badan bermaksud Kecederaan Anggota Badan yang disebabkan oleh semua punca lain secara langsung dan berasingan akibat Kemalangan yang terdapat bukti lebam atau luka yang jelas pada badan, dan bukan disebabkan oleh Kesakitan, Penyakit atau kecacatan fizikal atau mental secara beransur-ansur.

Pejabat Syarikat bermaksud Jabatan Perkhidmatan Syarikat yang terletak di ibu pejabatnya, atau seperti yang ditentukan oleh Kami dari semasa ke semasa.

Keadaan Kongenital bermaksud apa-apa keabnormalan perubatan atau fizikal yang wujud pada masa kelahiran, dan juga keabnormalan fizikal neonatal yang terbentuk dalam tempoh enam (6) bulan dari masa kelahiran. Ini akan termasuk semua Keadaan Kongenital yang dikelaskan dan disenaraikan oleh Pertubuhan Kesihatan Dunia sebagai malformasi kongenital, deformasi dan keabnormalan kromosom. Ia termasuk semua jenis hernia dan epilepsi kecuali apabila disebabkan oleh trauma yang berlaku selepas tarikh Orang yang Diinsuranskan terus dilindungi di bawah Polisi ini.

Tarikh Permohonan bermaksud tarikh Polisi ini dimohon dan dinyatakan di dalam Jadual Polisi.

Pembedahan Harian atau **Prosedur Pembedahan Harian** bermaksud prosedur pembedahan yang dilakukan di Hospital atau klinik Pakar yang memerlukan penggunaan kemudahan pemulihan yang telah dirancang terlebih dahulu, tetapi bukan untuk tinggal bermalam di Hospital atau klinik Pakar.

Deduktibel merujuk kepada jumlah Perbelanjaan yang Layak yang harus Anda bayar sebelum Kami membayar manfaat seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Rawatan Pergigian bermaksud rawatan yang diperlukan untuk memantapkan atau mengekalkan kesihatan gigi, pembaikan gigi, penskaleran, tampalan, mencabut gigi, maloklusi, pemulihan fungsi gigi dan penjajaran.

Hilang Upaya bermaksud Sakit, Penyakit, Kesakitan atau seluruh Kecederaan Anggota Badan berpunca daripada satu (1) sebab atau satu (1) siri sebab yang berterusan. **Mana-mana Satu (1) Hilang Upaya** hendaklah bermaksud semua tempoh Hilang Upaya yang diakibatkan daripada sebab yang sama termasuk apa-apa dan semua komplikasi daripadanya. Walau bagaimanapun, jika Orang yang Diinsuranskan sembuh sepenuhnya dan tidak lagi perlu menjalani apa-apa rawatan lanjut (termasuk dadah, ubat, diet khas atau suntikan atau nasihat tentang keadaan) bagi Hilang Upaya sekurang-kurangnya selama sembilan puluh (90) hari selepas tarikh terakhir keluar hospital dan Hilang Upaya berikutnya yang berpunca daripada sebab yang sama, hendaklah dianggap seolah-olah ia adalah Hilang Upaya yang baharu.

Doktor, Pakar Perubatan, Pakar Bedah atau **Pakar Bius** bermaksud pengamal perubatan berdaftar yang berkelayakan dan berlesen untuk mengamalkan perubatan barat dan yang, semasa memberikan rawatan tersebut, mengamalkannya mengikut skop pelesenan dan latihannya di kawasan geografi tersebut, tetapi tidak termasuk Doktor, Pakar Perubatan, Pakar Bedah atau Pakar Bius yang merupakan Orang yang Diinsuranskan itu sendiri.

Perbelanjaan yang Layak bermaksud perbelanjaan yang Perlu Dari Segi Perubatan yang diitanggung disebabkan oleh Hilang Upaya yang dilindungi tetapi tidak melebihi Had seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

Tarikh Matang bermaksud tarikh luput Polisi dan dinyatakan di dalam Jadual Polisi.

Pengamal Perubatan bermaksud Pakar Perubatan yang amalannya tidak berorientasikan kepada kepakaran perubatan khusus tetapi merangkumi pelbagai masalah perubatan pada pesakit semua peringkat umur.



Hospital bermaksud institusi yang ditubuhkan dan didaftarkan sewajarnya sebagai Hospital untuk penjagaan dan rawatan bagi orang yang sakit atau cedera sebagai pesakit di atas katil berbayar, dan yang:

- (a) mempunyai kemudahan untuk diagnosis dan Pembedahan utama;
- (b) menyediakan perkhidmatan kejururawatan selama dua puluh empat (24) jam sehari oleh Jururawat Berdaftar dan berkelulusan;
- (c) di bawah penyeliaan Pakar Perubatan; dan
- (d) bukan terutamanya klinik, tempat untuk penagih alkohol atau penagih dadah, rumah penjagaan, rumah rehat pulih atau pemulihan atau rumah untuk orang tua atau organisasi yang serupa.

Penghospitalan bermaksud kemasukan ke Hospital sebagai Pesakit Dalam berdaftar untuk rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan bagi Hilang Upaya yang dilindungi apabila disyorkan oleh Pakar Perubatan. Pesakit tidak boleh dianggap sebagai Pesakit Dalam jika pesakit tidak tinggal secara fizikal di Hospital sepanjang tempoh Penghospitalan.

Sakit, Penyakit atau **Kesakitan** bermaksud keadaan fizikal yang dapat dilihat akibat penyimpangan patologi daripad keadaan sihat normal.

Pesakit Dalam bermaksud Orang yang Diinsuranskan dimasukkan ke Hospital dan bermalam di Hospital untuk menerima rawatan.

Orang yang Diinsuranskan bermaksud Orang yang Diinsuranskan di bawah Polisi ini dan dinamakan di dalam Jadual Polisi.

Unit Rawatan Rapi bermaksud bahagian di Hospital yang ditetapkan sebagai Unit Rawatan Rapi oleh Hospital, dan yang diselenggarakan dua puluh empat (24) jam disediakan semata-mata untuk rawatan pesakit yang dalam keadaan kritikal dan dilengkapi perkhidmatan kejururawatan dan perubatan khas yang tidak disediakan di mana-mana bahagian lain di Hospital itu.

Tarikh Dikeluarkan bermaksud tarikh Kami mengeluarkan Polisi ini seperti yang ditetapkan di dalam Jadual Polisi, atau bagi apa-apa tambahan atau endorsemen yang dilampirkan, seperti yang ditetapkan di dalam tambahan atau endorsemen itu. Ia ialah bulan, hari dan tahun Polisi ini dan apa-apa tambahan atau endorsemen yang berkuat kuasa.

Seumur Hidup bermaksud sepanjang tempoh di mana Orang yang Diinsuranskan dilindungi di bawah Polisi ini.

Had bermaksud Had Tahunan, Had Seumur Hidup dan/atau Had Maksimum setiap Hilang Upaya, mana yang berkenaan.

Perlu Dari Segi Perubatan bermaksud perkhidmatan perubatan yang:

- (a) selaras dengan diagnosis dan rawatan perubatan biasa bagi Hilang Upaya yang dilindungi;
- (b) selaras dengan piawai amalan perubatan yang sah, piawai penjagaan perubatan professional semasa, dan/atau betul-betul diperlukan bagi Hilang Upaya;
- (c) bukan untuk keselesaan Orang yang Diinsuranskan atau Pakar Perubatan, dan yang tidak dapat diberikan sewajarnya di luar Hospital (jika dimasukkan ke Hospital sebagai Pesakit Dalam);
- (d) bukan untuk eksperimen, penyiasatan atau penyelidikan, ujian klinikal, pencegahan atau pemeriksaan; dan
- (e) tidak berkaitan langsung dengan rawatan atau diagnosis akhir.

MYR bermaksud mata wang Malaysia (iaitu Ringgit Malaysia (RM)) dan digunakan silih berganti dengan RM.

Pesakit Luar bermaksud Orang yang Diinsuranskan menerima penjagaan atau rawatan perubatan tanpa dimasukkan ke Hospital dan termasuk rawatan di pusat penjagaan harian.

Ulang Tahun Polisi bermaksud hari dan bulan yang sama pada setiap tahun seperti Tarikh Polisi.

Tarikh Polisi bermaksud Tarikh Polisi seperti yang dinyatakan di dalam Jadual Polisi.

Tahun Polisi bermaksud tempoh dua belas (12) bulan bermula dari Tarikh Polisi dan tempoh dua belas (12) bulan seterusnya dari Ulang Tahun Polisi sehingga Ulang Tahun Polisi seterusnya.

Penyakit Sedia Ada bermaksud Hilang Upaya yang diketahui sewajarnya oleh Orang yang Diinsuranskan tentang keadaan itu. Orang yang Diinsuranskan dianggap mengetahui sewajarnya tentang Penyakit Sedia Ada apabila keadaan itu menyebabkan:

- (a) Orang yang Diinsuranskan telah menerima atau sedang menerima rawatan;
- (b) nasihat perubatan, diagnosis, penjagaan atau rawatan disyorkan;
- (c) gejala yang jelas dan nyata dapat atau telah dilihat dengan ketara; atau
- (d) seseorang yang berfikir waras dalam keadaan tersebut dijangka tahu.

Ubat Dipreskripsikan bermaksud ubat yang didispens oleh Pakar Perubatan, ahli farmasi berdaftar atau Hospital dan yang telah dipreskripsikan oleh Pakar Perubatan atau Pakar berhubung dengan rawatan untuk Hilang Upaya yang dilindungi.

Bayaran Munasabah dan Biasa bermaksud bayaran untuk penjagaan perubatan yang Perlu Dari Segi Perubatan selagi ia tidak melebihi paras bayaran biasa yang dibuat oleh pihak lain dalam keadaan yang serupa di kawasan bayaran itu ditanggung, apabila memberikan rawatan, perkhidmatan atau bekalan yang serupa atau setara kepada individu yang sama jantina dan umur yang sama untuk Kesakitan, Penyakit atau Kecederaan Anggota Badan yang serupa dan selaras dengan piawai perubatan yang diterima, dan amalan tidak boleh diabaikan sehingga menjejaskan keadaan perubatan Orang yang Diinsuranskan. Di Malaysia, Bayaran Munasabah dan Biasa hendaklah dianggap sebagai bayaran yang ditetapkan dalam Jadual Fi Persatuan Perubatan Malaysia dan keadaan yang sesuai yang ditadbir oleh Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta Malaysia, termasuk apa-apa pindaan atau enakmen kepadanya.



Jururawat Berdaftar bermaksud jururawat berkelayakan dan dilesenkan untuk berlatih kejururawatan dalam skop pelesenan dan latihannya praktik di kawasan geografi, tetapi tidak termasuk Jururawat Berdaftar yang merupakan Orang yang Diinsuranskan itu sendiri.

Pengawal Selia bermaksud Bank Negara Malaysia.

Pakar bermaksud pengamal perubatan atau pergigian berdaftar dan dilesenkan sedemikian di kawasan dia mengamalkan profesionnya apabila rawatan diberikan, dan orang yang diklasifikasikan oleh pihak berkuasa kesihatan yang sesuai sebagai orang dengan kepakaran yang tinggi dan khusus dalam bidang perubatan atau pergigian yang tertentu, tetapi tidak termasuk Pakar yang merupakan Orang yang Diinsuranskan itu sendiri.

Penyakit Tertentu bermaksud salah satu (1) Hilang Upaya berikut dan komplikasinya yang berkaitan:

- (a) Hipertensi, diabetes melitus atau Penyakit kardiovaskular;
- (b) Sebarang jenis ketumbuhan termasuk tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu ginjal atau batu pundi hempedu;
- (c) Sebarang Penyakit telinga, hidung (termasuk sinus) atau tekak;
- (d) Hernia, hemoroid, fistula, hidrosel atau varikosele;
- (e) Sebarang Penyakit sistem pembiakan termasuk Endometriosis; atau
- (f) Sebarang gangguan pada tulang belakang (termasuk tetapi tidak terhad kepada cakera tergelincir) atau sebarang keadaan lutut.

Pembedahan bermaksud mana-mana prosedur perubatan berikut:

- (a) Untuk membuat insisi, eksisi atau elektrokauteri mana-mana organ atau bahagian badan, kecuali untuk perkhidmatan pergigian;
- (b) Untuk membaiki, mengubah atau membina semula mana-mana organ atau bahagian badan;
- (c) Untuk mengurangkan kepatahan atau dislokasi melalui manipulasi; atau
- (d) Menggunakan endoskopi untuk mengeluarkan batu atau objek dari larinks, bronkus, trakea, esofagus, perut, usus, pundi kencing, atau uretra.

Tempoh Menunggu bermaksud seratus dua puluh (120) hari pertama untuk Penyakit Tertentu dan tiga puluh (30) hari pertama untuk Penyakit yang lain bermula dari Tarikh Dikeluarkan. Tempoh Menunggu tidak terpakai kepada Kecelakaan Anggota Badan yang diakibatkan oleh Kemalangan.

KELAYAKAN DAN SKOP

1. Orang yang Layak

Orang yang layak dilindungi di bawah Polisi ini mestilah orang yang tinggal secara sah di Malaysia, Brunei atau Singapura. Orang itu menjadi tidak layak apabila mereka tinggal berterusan selama sembilan puluh (90) hari, atau menghabiskan masa lebih daripada seratus lapan puluh (180) hari dalam tahun kalendar, di luar Malaysia, Brunei atau Singapura.

2. Rawatan Luar Negeri

Jika Orang yang Diinsuranskan merupakan warganegara Malaysia dan memilih atau dirujuk untuk dirawat di luar Malaysia oleh Pakar Perubatan yang bertugas, manfaat berhubung dengan rawatan itu hendaklah terhad kepada Bayaran Munasabah dan Biasa dan Perlu Dari Segi Perubatan untuk rawatan setempat yang sama di Malaysia dan tidak termasuk kos pengangkutan ke tempat rawatan. Bayaran Munasabah dan Biasa dan Perlu Dari Segi Perubatan hendaklah dianggap sebagai bayaran yang disenaraikan dalam Jadual Fi Persatuan Perubatan Malaysia termasuk apa-apa pindaan atau enakmen kepadanya.

Manfaat ini tidak terpakai untuk warganegara bukan Malaysia. Hanya rawatan perubatan yang diterima di Malaysia akan dilindungi.

3. Tinggal Di Luar Negeri

Apa jua manfaat tidak akan dibayar untuk apa-apa rawatan perubatan yang diterima di luar Malaysia, Singapura atau Brunei, oleh Orang yang Diinsuranskan yang merupakan warganegara Malaysia jika Orang yang Diinsuranskan itu tinggal atau membuat perjalanan ke luar negara selain tiga negara ini lebih daripada sembilan puluh (90) hari berturut-turut atau menghabiskan masa lebih daripada seratus lapan puluh (180) hari dalam satu (1) tahun kalendar, di luar Malaysia.

Bagi Orang yang Diinsuranskan yang bukan warganegara Malaysia, tiada manfaat akan dibayar untuk apa-apa rawatan perubatan yang diterima di luar Malaysia.

4. Tempoh Menunggu

Kelayakan untuk manfaat bermula seratus dua puluh (120) hari pertama untuk Penyakit Tertentu dan tiga puluh (30) hari pertama untuk Penyakit yang lain bermula dari Tarikh Dikeluarkan. Tempoh Menunggu tidak terpakai kepada Kecelakaan Anggota Badan yang diakibatkan oleh Kemalangan.

PERUNTUKAN AM

1. Kontrak

Polisi ini dikeluarkan sebagai balasan bagi bayaran premium seperti yang dinyatakan di dalam Jadual Polisi dan menurut jawapan Anda bagi soalan di dalam borang cadangan Anda atau apa-apa soal selidik Kami yang berikutnya berkenaan apa-apa perkara berhubung borang cadangan Anda dan apa-apa pendedahan yang Anda buat di antara masa penyerahan borang cadangan Anda dengan masa kontrak ini dikuat kuasakan (secara kolektif dirujuk sebagai "maklumat material") dan maklumat material itu hendaklah menjadi sebahagian daripada kontrak insurans antara Kami dan Anda.

Walau bagaimanapun, sekiranya berlaku apa-apa salah nyata pra-kontrak yang dibuat berhubung dengan maklumat material sedemikian, hanya remedi dalam Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 akan terpakai.

Jika Kami memerlukan Anda, sebelum Polisi diperbaharui atau diubah, untuk menjawab apa-apa soalan atau jika Anda dikehendaki mengesahkan atau meminda apa-apa perkara yang telah dinyatakan sebelum ini oleh Anda kepada Kami berkaitan dengan Polisi ini, ia adalah menjadi tanggungjawab Anda untuk mengambil perhatian yang sewajarnya untuk tidak membuat sebarang salah nyata apabila menjawab soalan atau mengesahkan atau meminda apa-apa maklumat yang dinyatakan terdahulu.

Seluruh kontrak merangkumi Polisi ini dengan semua halamannya, salinan permohonan yang dilampirkan, Jadual Polisi dan mana-mana endorsemen atau tambahan yang disertakan dengan syarat nama dan nombor borang untuk endorsemen atau tambahan itu disenaraikan dalam Jadual Polisi dan akan membentuk keseluruhan kontrak di antara Kami dan Anda.

Tiada pengantara, mahupun sesiapa selain daripada pegawai Kami yang sah, mempunyai kuasa untuk mengubah kontrak ini atau mengetepikan mana-mana hak atau keperluan Kami. Kontrak ini tidak boleh diubah selepas Polisi ini dikeluarkan tanpa kebenaran Anda dan persetujuan Kami, kecuali tanpa persetujuan Anda, Kami boleh meminda Polisi ini untuk menunjukkan perubahan seperti yang dikehendaki oleh undang-undang.

Polisi ini adalah tertakluk kepada undang-undang Malaysia dan pihak-pihak bersetuju untuk tertakluk kepada bidang kuasa eksklusif mahkamah-mahkamah Malaysia.

2. Tidak Boleh Dipertikaikan

Kecuali berlaku penipuan, Kami tidak akan mempertikaikan kesahihan Polisi ini selepas ia berkuat kuasa semasa Seumur Hidup Orang yang Diinsuranskan selama dua (2) tahun dari Tarikh Dikeluarkan. Walau bagaimanapun, jika Kami dapat menunjukkan bahawa terdapat penindasan sesuatu maklumat material atau pernyataan Anda/Orang yang Diinsuranskan mengenai suatu perkara material yang tidak tepat, palsu, mengelirukan atau penipuan atau sengaja ditinggalkan, Kami berhak untuk membatalkan Polisi ini dengan sewajarnya.

Di mana Polisi ini telah berkuat kuasa Seumur Hidup Orang yang Diinsuranskan selama dua (2) tahun atau kurang, dari Tarikh Dikeluarkan, Kami boleh membatalkan Polisi ini dan menolak semua tuntutan jika salah nyata didapati disengajakan atau melulu.

Jika salah nyata itu adalah cuai atau tidak disengajakan, Kami boleh:

- menamatkan Polisi ini dan menolak semua tuntutan, di mana Kami akan membayar balik semua premium yang dibayar. Bayaran ini hendaklah menjadi pelepasan yang lengkap dan sah dari mana-mana liabiliti Kami di bawah Polisi ini;
- memasukkan terma yang berlainan jika Kami menyertai Polisi ini dengan terma yang berlainan jika maklumat tersebut telah dimaklumkan kepada Kami; atau
- mengambil apa-apa remedi yang perlu mengikut Akta Perkhidmatan Kewangan 2013.

3. Salah Nyata Umur

Tertakluk kepada hak Kami jika berlaku penipuan, jika Umur Orang yang Diinsuranskan tersalah nyata, maka manfaat, premium dan terma perlindungan di bawah Polisi ini akan ditentukan berdasarkan Umur yang betul.

- Jika Umur Orang yang Diinsuranskan tersalah nyata dan premium yang dibayar kurang daripada premium yang sepatutnya, Kami akan membayar manfaat yang dapat dibeli oleh premium yang telah dibayar berdasarkan kadar pada Umur sebenar, dan bukan manfaat seperti yang ditunjukkan di dalam Jadual Polisi atau apa-apa endorsemen seterusnya yang dikeluarkan oleh Kami;
- Jika Umur Orang yang Diinsuranskan tersalah nyata dan premium yang dibayar lebih daripada premium yang sepatutnya, Kami akan mengembalikan lebihan premium yang dibayar tanpa faedah; atau
- Jika Orang yang Diinsuranskan tidak boleh diinsuranskan di bawah Polisi ini mengikut keperluan Kami, Polisi ini (termasuk apa-apa endorsemen dan tambahan yang dilampirkan) akan menjadi tidak sah dari Tarikh Polisi dan semua premium yang telah dibayar akan dipulangkan semula tanpa faedah.

Bukti Umur Orang yang Diinsuranskan dikehendaki sebelum bayaran apa-apa manfaat di bawah Polisi ini.

4. Tanpa Sertaan

Polisi ini adalah Polisi tanpa sertaan dan tidak layak menyertai pengagihan lebihan Kami.

5. Penamatan

Polisi ini akan tamat secara automatik apabila berlakunya mana-mana satu (1) daripada perkara berikut:

- apabila Polisi ini diserahkan atau dianggap telah diserahkan mengikut terma Polisi ini;
- apabila penamatan berlaku berdasarkan klausa Tempoh Tangguh di bawah Peruntukan Premium dan Caj;
- pada Tarikh Matang; atau
- apabila Orang yang Diinsuranskan meninggal dunia.



Sebaik sahaja ditamatkan, Polisi ini tidak lagi berkuat kuasa. Bayaran atau penerimaan apa-apa premium berikutan penamatan Polisi ini tidak akan mewujudkan apa-apa liabiliti di pihak Kami tetapi Kami akan membayar balik apa-apa premium tersebut tanpa faedah.

6. Notis

Apa-apa notis yang akan diberikan kepada Anda di bawah Polisi ini akan dihantar kepada Anda melalui alamat emel yang telah Anda daftar semasa permohonan Anda atau permohonan penukaran seperti yang berada dalam rekod Kami di Pejabat Syarikat. Apa-apa notis tersebut akan berkuat kuasa dari masa notis tersebut dihantar. Dalam hal di mana notis dikembalikan tanpa dihantar kepada Anda, Kami akan menahan semua notis berikutnya sehingga Kami telah diberitahu oleh Anda alamat emel baru Anda.

Setiap notis atau komunikasi kepada Kami hendaklah secara bertulis dan dihantar kepada Kami di alamat emel Kami yang berdaftar dan/atau Pejabat Syarikat.

7. Prosedur Tuntutan

- (a) Orang yang Dinsuranskan hendaklah dalam tempoh tiga puluh (30) hari Hilang Upaya yang menyebabkan perbelanjaan boleh tuntutan, memberikan notis kepada Kami dengan menyatakan butiran penuh kejadian itu, termasuk semua bil dan resit asal, dan laporan penuh Pakar Perubatan yang menetapkan diagnosis keadaan yang dirawat dan tarikh Hilang Upaya bermula mengikut pendapat Pakar Perubatan dan rumusan Pakar Perubatan tentang kos rawatan termasuk ubat dan perkhidmatan yang diberikan. Kegagalan memberikan notis tersebut dalam tempoh yang dibenarkan tidak akan membatalkan apa-apa tuntutan jika ditunjukkan tidak munasabah untuk memberikan notis tersebut dan bahawa notis tersebut telah diberikan secepat yang mungkin.
- (b) Orang yang Diinsuranskan hendaklah dengan segera mendapatkan dan bertindak berdasarkan nasihat perubatan yang sesuai dan Kami tidak bertanggungjawab jika rawatan atau perkhidmatan menjadi perlu disebabkan kegagalan Orang yang Diinsuranskan untuk berbuat demikian.

8. Tuntutan Tidak Lengkap

Semua tuntutan mestilah diserahkan kepada Kami dalam tempoh tiga puluh (30) hari setelah kejadian itu selesai yang baginya tuntutan dibuat. Tuntutan tidak dianggap lengkap dan manfaat yang layak diterima tidak akan dibayar melainkan semua bil untuk tuntutan tersebut telah diserahkan dan dipersetujui oleh Kami. Hanya kos sebenar yang ditanggung akan dibayar untuk pembayaran balik. Apa-apa perubahan atau penepian bagi perkara tersebut akan ditentukan oleh Kami.

9. Mata Wang Bayaran

Semua bayaran di bawah Polisi ini akan dibuat dalam mata wang Malaysia yang sah. Jika Anda meminta apa-apa bayaran dibayar dalam mata wang lain, maka jumlah tersebut akan dibayar dalam mata wang yang diminta seperti yang boleh dibeli di Malaysia pada kadar pasaran mata wang yang digunakan pada tarikh penyelesaian tuntutan.

10. Sumber Dana; Tiada Pengubahan Wang; Tiada Pengelakan Cukai

Pemilik mewakili, menjamin dan mengesahkan kepada Kami bahawa:

- (a) semua amaun yang dilaburkan dalam Polisi ini telah atau akan diisytiharkan dengan betul kepada pihak berkuasa cukai yang berkenaan di bidang kuasa kediaman cukai Pemilik dan/atau mana-mana bidang kuasa lain yang perlu atau sesuai selaras dengan undang-undang dan peraturan berkaitan, dan
- (b) tiada dana yang diperolehi, secara langsung atau tidak langsung, dari aktiviti atau sumber haram dan/atau pengelakan cukai.

11. Salah-nyataan Maklumat; Hak Syarikat untuk Membatalkan Polisi dan Mengenakan Caj Penyerahan; Hak untuk Membekukan Bayaran Balik

Pemilik memaklumi bahawa jika berlakunya salah-nyataan maklumat dan jaminan yang terdahulu oleh Pemilik, Pemilik dengan ini mengakui dan bersetuju bahawa Kami wajib, sejauh yang diizinkan oleh undang-undang dan peraturan berkaitan, berhak untuk:

- (a) menamatkan Polisi dengan segera;
- (b) tanpa mengambil kira tarikh sebenar penamatan menurut klausa (a) di atas, mengenakan caj penyerahan maksimum dan apa-apa caj lain yang boleh dikenakan ke atas Pemilik di bawah Polisi ini, seolah-olah Polisi telah diserahkan serta merta selepas ianya dikeluarkan;
- (c) memberi notis kepada badan kerajaan yang berkenaan dan memberi semua maklumat yang dianggap perlu atau sesuai, di bawah budi bicara Syarikat Insurans mengenai Pemilik dan/atau Polisi; dan
- (d) sekiranya dianggap tepat selepas perundingan bersama para pegawai kerajaan dan penasihat undang-undang, sama ada
 - (i) mengembalikan premium ditolak daripadanya perbelanjaan perubatan yang mungkin telah dikeluarkan, nilai serahan jikalau ada dan caj-caj lain yang berkaitan dengan klausa (b) di atas ("Nilai Pulangan"), atau
 - (ii) jika diminta atau dikehendaki oleh badan kerajaan yang berkenaan, dibekukan atau dibayar kepada badan kerajaan yang berkenaan, semua atau sebahagian daripada Nilai Pulangan atau mengambil tindakan lain sepertimana yang diarah atau diminta oleh badan kerajaan yang berkenaan.

12. Klausula Sekatan

Tiada syarikat insurans akan dianggap menyediakan perlindungan dan tiada syarikat insurans akan bertanggungjawab untuk membayar sebarang tuntutan atau memberi apa-apa manfaat sehingga tahap peruntukan untuk perlindungan tersebut, pembayaran tuntutan tersebut atau penyediaan manfaat tersebut yang akan mendedahkan syarikat insurans kepada sebarang sanksi, larangan atau sekatan di bawah resolusi Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu atau sekatan perdagangan atau ekonomi, undang-undang atau peraturan Kesatuan Eropah, Amerika Syarikat atau mana-mana penguatkuasaan undang-undang di mana-mana negara.

13. Cukai

Kami berhak mengenakan cukai seperti yang dibenarkan di bawah undang-undang Malaysia.

14. Dasar Kerjasama di antara Lembaga Hasil dan Badan-badan Kerajaan yang berkenaan; Keizinan untuk Mendedahkan Maklumat kepada Lembaga Hasil dan Badan-badan Kerajaan yang berkenaan

Kumpulan Generali dan Syarikat telah berpegang lama kepada dasar bekerjasama dengan Lembaga Hasil dan badan kerajaan lain dalam membanteras pengubahan wang haram, pengelakan cukai atau kegiatan haram yang lain. Dalam kes di mana Pemilik tidak tertakluk kepada pembayaran cukai penduduk di negara Polisi ini dikeluarkan (iaitu "Transaksi Melintasi Sempadan"), Kumpulan Generali mungkin akan memberitahu negara asal Pemilik bagi penjelasan cukai dan/atau badan kerajaan lain akan identiti Pemilik dan lain-lain maklumat tertentu berkaitan Polisi dan Pemilik dengan ini memberi keizinan dan bersetuju bahawa Kami mungkin membuat pendedahan tersebut.

15. Pindaan

Kami berhak meminda syarat dan peruntukan dalam Polisi ini dengan memberikan notis sembilan puluh (90) hari secara bertulis terlebih dahulu melalui emel atau pos biasa ke alamat emel atau alamat terakhir Anda yang diketahui dalam rekod Kami, dan pindaan tersebut akan terpakai dari pembaharuan berikutnya bagi Polisi ini. Pindaan kepada Polisi ini tidak sah melainkan jika dibenarkan oleh Kami dan kelulusan tersebut diendorskan padanya. Manfaat Polisi ini hendaklah dibaca tertakluk kepada pindaan tersebut.

16. Pengecualian

Tiada kegagalan atau kelewatan di pihak Kami dalam menjalankan apa-apa hak atau kuasa di bawah kontrak ini boleh beroperasi sebagai pengecualian daripadanya, mahupun mana-mana satu tindakan atau sebahagian daripada apa-apa hak atau kuasa itu menghalang mana-mana hak atau kuasa yang lain.

17. Pemilik Polisi

Anda boleh melaksanakan semua hak dan keistimewaan Polisi semasa hayat Orang yang Diinsuranskan. Anda boleh menukar Pemilik Polisi ini dengan menyediakan notis bertulis yang memuatkan di dalam borang yang Kami sediakan untuk dihantar kepada Kami di Pejabat Syarikat. Perubahan sedemikian sah hanya jika permohonan itu bertarikh dan ditandatangani oleh Kami di Pejabat Syarikat semasa Seumur Hidup Orang yang Diinsuranskan semasa Polisi ini masih berkuat kuasa dan permintaan tersebut telah disahkan dalam Polisi ini. Kami tidak akan bertanggungjawab terhadap apa-apa bayaran yang Kami buat atau tindakan lain yang Kami ambil sebelum Kami menurunkan tarikh dan menandatangani permohonan tersebut.

18. Pengesahan, Maklumat dan Bukti

Semua sijil, maklumat, laporan perubatan dan bukti yang dikehendaki oleh Kami hendaklah diberikan atas perbelanjaan Orang yang Diinsuranskan, dan dalam borang tertentu yang dikehendaki oleh Kami. Walau bagaimanapun, semua notis yang perlu diserahkan oleh Anda seperti yang dikehendaki oleh Kami mestilah secara bertulis dan dialamatkan kepada Kami. Orang yang Diinsuranskan hendaklah, atas permintaan dan perbelanjaan Kami, menjalani pemeriksaan perubatan apabila perkara itu dianggap perlu.

19. Tempoh Perlindungan dan Pembaharuan

Polisi ini akan berkuat kuasa selepas Tarikh Dikeluarkan yang dinyatakan di dalam Jadual Polisi atau endorsemen, jika ada. Ulang Tahun Polisi hendaklah satu (1) tahun selepas Tarikh Polisi dan setiap setahun selepasnya. Pada setiap ulang tahun itu, Polisi ini boleh diperbaharui pada kadar premium yang berkuat kuasa pada masa itu dan Kami akan memberitahu Anda secara bertulis apa-apa perubahan dalam premium pembaharuan sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari sebelum perubahan itu berkuat kuasa.

Polisi ini akan diperbaharui mengikut pilihan Anda tertakluk kepada terma, syarat dan penamatan pada setiap ulang tahun Tarikh Polisi. Premium pembaharuan yang dibayar akan bertambah mengikut Umur dan tidak dijamin. Kami berhak menyemak kadar premium yang digunakan berdasarkan faktor risiko yang terpakai pada masa pembaharuan. Perubahan tersebut, jika ada, hendaklah terpakai kepada semua Pemilik tanpa mengambil kira pengalaman tuntutan mereka menurut penilaian risiko Kami.

Polisi ini boleh diperbaharui mengikut pilihan Anda sehingga berlaku mana-mana yang berikut:

- (a) Premium yang tidak dibayar atau premium yang tidak dibayar mengikut masa yang ditetapkan;
- (b) Penipuan atau salah nyata fakta penting semasa permohonan;
- (c) Polisi ini dibatalkan/diserahkan atas permohonan Anda;
- (d) Orang yang Diinsuranskan mencapai had Umur seperti yang dinyatakan dalam Jadual Polisi; atau
- (e) Apabila Orang yang Diinsuranskan meninggal dunia.

20. Perubahan dalam Risiko

Orang yang Diinsuranskan hendaklah memberikan Kami notis bertulis dengan segera tentang apa-apa perubahan penting dalam pekerjaan, perniagaan, kewajipan atau tugasnya, dan membayar apa-apa premium tambahan yang dikehendaki oleh Kami.

21. Subrogasi

Jika Kami bertanggungjawab terhadap apa-apa bayaran di bawah Polisi ini, Kami akan mensubrogasi setakat bayaran tersebut bagi semua hak dan remedi Orang yang Diinsuranskan terhadap mana-mana pihak, dan berhak, atas perbelanjaan Kami untuk membuat dakwaan atas nama Orang yang Diinsuranskan. Orang yang Diinsuranskan hendaklah memberikan atau menyebabkan supaya diberikan kepada Kami, semua bantuan tertentu yang di bawah kuasanya, apabila Kami meminta untuk mendapatkan hak dan remedi, dan atas permintaan Kami, hendaklah melaksanakan atau menyebabkan supaya dilaksanakan semua dokumen yang perlu untuk membolehkan Kami mengambil tindakan guaman dengan berkesan atas nama Orang yang Diinsuranskan.

22. Sumbangan

Jika Orang yang Diinsuranskan mempunyai insurans lain yang melindungi apa-apa Penyakit atau Kecelakaan Anggota Badan yang diinsuranskan oleh Polisi ini, Kami tidak akan bertanggungjawab terhadap bahagian yang lebih besar bagi Penyakit atau Kecelakaan Anggota Badan tersebut daripada jumlah yang terpakai di bawah Polisi ini untuk menanggung jumlah penuh semua insurans yang sah yang melindungi Penyakit atau Kecelakaan Anggota Badan tersebut.

23. Naik Taraf Bilik dan Penginapan Hospital

Jika Orang yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital pada kadar Bilik dan Penginapan Hospital yang diumumkan lebih tinggi daripada manfaat yang dia layak, maka Anda/Orang yang Diinsuranskan hendaklah menanggung perbezaan kadar Bilik dan Penginapan Hospital.

24. Perubahan Pelan

Apa-apa pertambahan atau pengurangan dalam perlindungan insurans untuk Orang yang Diinsuranskan, yang disebabkan oleh perubahan pelan akan hanya berkuat kuasa pada tarikh Ulang Tahun Polisi berikutnya dengan syarat Kami meluluskan perubahan tersebut. Sebarang peningkatan dalam perlindungan insurans akan tertakluk kepada bukti lanjut tentang kesihatan yang memuaskan Kami. Selepas perubahan pelan, Pembela Inflasi akan ditetapkan semula dan jumlah Pembela Inflasi terkumpul tidak akan dibawa kepada pelan yang dinaik taraf atau diturunkan.

25. Tempoh Tenang

Jika Anda tidak berpuas hati dengan Polisi ini atas apa-apa sebab, Anda boleh membatalkan Polisi Anda dengan menghantar emel kepada Kami dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh penerimaan Polisi ini. Kami akan membatalkan Polisi ini dan membayar balik kepada Anda jumlah premium yang dibayar oleh Anda. Bagaimanapun, tiada bayaran balik akan diberikan jika tuntutan telah diserahkan.

26. Penyerahan

Anda boleh membatalkan Polisi ini pada bila-bila masa dengan memberi notis bertulis kepada Kami. Polisi ini akan ditamatkan pada akhir bulan Polisi di mana Kami meluluskan permintaan Anda untuk pembatalan. Kami akan membayar balik kepada Anda sebahagian daripada premium (jika ada) seperti yang dinyatakan di bawah, dengan syarat tiada tuntutan telah dibuat di bawah Polisi ini:

Tempoh dari Ulang Tahun Polisi, Tidak melebihi	Mod pembayaran premium	
	Tahunan	Bulanan
15 hari*	90%	Tiada Pulangan
1 bulan	80%	Tidak Berkenaan
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	

* Tidak terpakai untuk Tahun Polisi pertama.

27. Prasyarat terhadap Liabiliti

Pematuhan dan pelaksanaan sewajarnya terma, peruntukan dan syarat Polisi ini oleh Anda dan Orang yang Diinsuranskan dan setakat ia berkaitan dengan apa-apa yang perlu dilakukan atau dipatuhi oleh Anda dan Orang yang Diinsuranskan akan menjadi prasyarat terhadap apa-apa liabiliti Kami.

28. Prosiding Undang-undang

Tindakan undang-undang atau ekuiti tidak boleh dibawa ke mahkamah untuk mendapatkan semula Polisi ini sebelum tamat tempoh enam puluh (60) hari selepas bukti kerugian bertulis diberikan menurut keperluan Polisi ini. Jika Orang yang Diinsuranskan gagal memberikan bukti kerugian yang diperlukan itu seperti yang ditetapkan oleh terma, peruntukan dan syarat dalam Polisi ini, maka Orang yang Diinsuranskan boleh, dalam tempoh tangguh selama satu (1) tahun kalendar dari tarikh bukti kerugian bertulis itu sepatutnya diberikan, mengemukakan bukti kerugian yang berkaitan kepada Kami dengan alasan yang meyakinkan kerana gagal mematuhi terma, peruntukan dan syarat Polisi ini. Penerimaan bukti kerugian tersebut akan ditentukan oleh Kami. Selepas tamat tempoh tangguh, Kami tidak akan menerima, atas apa jua alasan, bukti kerugian bertulis tersebut.

PERUNTUKAN PREMIUM DAN CAJ

1. Premium

Premium yang dinyatakan dalam Jadual Polisi adalah premium yang perlu dibayar pada tahun pertama kepada Kami. Premium mestilah dibayar dalam frekuensi pembayaran yang sama dan dibayar kepada Kami pada atau sebelum tarikh akhir.

2. Tempoh Tangguh

Anda diberikan tempoh tangguh selama tiga puluh satu (31) hari selepas tarikh akhir bayaran setiap premium. Polisi ini akan terus berkuat kuasa dalam tempoh tangguh.

Sekiranya premium masih belum dibayar selepas tempoh tangguh, Polisi ini akan luput.

3. Perubahan atau Penambahan Caj atau Fi

Kami mempunyai hak untuk mengubah atau mengenakan caj tambahan atau fi, dengan memberikan Anda notis awal secara bertulis sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari sebelum tarikh Ulang Tahun Polisi.

PERUNTUKAN MANFAAT

JADUAL MANFAAT

MANFAAT		Pelan 150	Pelan 100	Pelan 50	Pelan 20
Had Tahunan (terpakai untuk Bahagian A dan B)		RM150,000	RM100,000	RM50,000	RM20,000
Pembela Inflasi		Had Tahunan akan dinaikkan sebanyak 10% dari Had Tahunan permulaan pada akhir setiap lima (5) Tahun Polisi bermula dari Tarikh Dikeluarkan, tertakluk kepada maksimum 50% daripada Had Tahunan permulaan.			
Had Seumur Hidup		Tiada Had			
Deduktibel bagi setiap Penghospitalan (terpakai untuk Bahagian A dan B)		RM1,000			
Bahagian A Manfaat Pesakit Dalam dan Pembedahan					
1	Bilik dan Penginapan Hospital (maksimum setiap hari)	RM250			
2	Unit Rawatan Rapi	Seperti caj yang dikenakan			
3	Fi Berkaitan Pesakit Dalam (a) Bekalan dan Perkhidmatan Hospital (b) Fi Pembedahan (c) Fi Pakar Bius (d) Dewan Bedah (e) Ubat Dipreskripsikan (f) Prosedur Diagnostik dan Fisioterapi (g) Lawatan Pakar Perubatan/Pakar (sehingga dua (2) lawatan sehari bagi setiap Pakar Perubatan/Pakar)	Seperti caj yang dikenakan			
4	Fi Ambulans	Seperti caj yang dikenakan			
5	Elaun Harian Penghospitalan akibat Kemalangan	RM50 sehari, sehingga tiga puluh (30) hari setiap Tahun Polisi			
6	Elaun Harian Penghospitalan di Unit Rawatan Rapi	RM100 sehari, sehingga tiga puluh (30) hari setiap Tahun Polisi			
Bahagian B Manfaat Pesakit Luar					
7	Prosedur Pembedahan Harian	Seperti caj yang dikenakan			
8	Rundingan dan Prosedur Diagnostik (termasuk ubat-ubatan) (sehingga tiga (3) kali dan dalam tempoh tiga puluh satu (31) hari sebelum Penghospitalan)				
9	Penjagaan Selepas Penghospitalan dan Rawatan Fisioterapi (dalam tempoh enam puluh (60) hari selepas keluar dari Hospital)				
10	Rawatan Kemalangan dan Kecemasan (sehingga tiga (3) kali untuk Mana-mana Satu (1) Hilang Upaya)				
Bahagian C Manfaat Khas					
11	Ganjaran Tanpa Tuntutan	RM60	RM50	RM30	RM20

KETERANGAN MANFAAT

Had Tahunan

Manfaat yang dibayar berkenaan dengan Perbelanjaan yang Layak yang ditanggung melebihi Deduktibel, jika ada, bagi rawatan yang diberikan kepada Orang yang Diinsuranskan bagi manfaat di bawah Bahagian A dan B semasa tempoh insurans terhad kepada Had Tahunan ditambah Pembela Inflasi terkumpul, jika ada, untuk mana-mana satu (1) Tahun Polisi tanpa mengambil kira jenis Hilang Upaya. Jika Had Tahunan ditambah Pembela Inflasi terkumpul, jika ada, telah dibayar sepenuhnya, semua perlindungan di bawah Bahagian A dan B dalam Jadual Manfaat akan tamat serta-merta dan tidak lagi akan dibayar untuk Tahun Polisi selebihnya.

Pembela Inflasi

Had Tahunan Pelan akan dinaikkan sebanyak 10% dari Had Tahunan permulaan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat pada akhir setiap lima (5) Tahun Polisi bermula dari Tarikh Dikeluarkan. Jumlah manfaat ini tidak akan melebihi 50% daripada Had Tahunan permulaan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Deduktibel

Jumlah Perbelanjaan yang Layak terkumpul yang ditanggung bagi setiap Penghospitalkan adalah tertakluk kepada amaun Deduktibel seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, di mana Anda akan bertanggungjawab untuk membayar amaun Deduktibel dan Kami akan membayar balik baki bagi Perbelanjaan yang Layak sekiranya terdapat lebih Deduktibel, jika ada, tertakluk kepada Had pelan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Deduktibel terpakai untuk manfaat di bawah Bahagian A dan B dalam Jadual Manfaat.

Manfaat yang diterangkan di bawah mungkin tertakluk kepada Had maksimum seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

A. Bahagian A: Manfaat Pesakit Dalam dan Pembedahan

1. Bilik dan Penginapan Hospital

Pembayaran balik Bayaran Munasabah dan Biasa yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk penginapan bilik dan makanan, tertakluk kepada Had Pelan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Jumlah manfaat sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh Hospital dalam tempoh Penghospitalan Orang yang Diinsuranskan, tetapi pembayaran manfaat tidak boleh melebihi, bagi mana-mana satu (1) hari, kadar manfaat Bilik dan Penginapan Hospital seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Orang yang Diinsuranskan hanya layak mendapat manfaat ini semasa dimasukkan ke Hospital sebagai Pesakit Dalam atau untuk Pembedahan Harian.

2. Unit Rawatan Rapi

Pembayaran balik Bayaran Munasabah dan Biasa yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk bilik dan makanan sebenar yang ditanggung dalam tempoh Penghospitalan sebagai Pesakit Dalam di Unit Rawatan Rapi Hospital, tertakluk kepada Had pelan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Manfaat ini akan dibayar sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh Hospital.

Manfaat Bilik dan Penginapan Hospital tidak akan dibayar bagi tempoh Penghospitalan yang sama apabila manfaat Unit Rawatan Rapi dibayar.

3. Fi Berkaitan Pesakit Dalam

Pembayaran balik caj yang ditanggung untuk Fi Berkaitan Pesakit Dalam seperti yang dinyatakan di bawah, dan tertakluk kepada Had pelan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat:

(a) Bekalan dan Perkhidmatan Hospital

Bayaran laporan perubatan, perkhidmatan kejururawatan am, sebarang cukai yang dikenakan oleh kerajaan Malaysia ke atas bayaran Bilik dan Penginapan Hospital yang layak dan sebarang bayaran untuk perkhidmatan tambahan yang Perlu Dari Segi Perubatan dan barang yang berkaitan secara langsung dengan rawatan dan Orang yang Diinsuranskan menerima rawatan sebagai Pesakit Dalam atau untuk Pembedahan Harian. Pembayaran tidak akan dibuat untuk pengambilalihan, prosedur pengekstrakan dan penanaman tisu dan sel-sel (termasuk sel stem) yang diperlukan bagi rawatan.

(b) Fi Pembedahan

Bayaran Munasabah dan Biasa untuk Pembedahan yang Perlu Dari Segi Perubatan dan dilakukan oleh Pakar atau Pakar Bedah, termasuk penilaian sebelum pembedahan, lawatan Pakar dan penjagaan selepas pembedahan apabila Orang yang Diinsuranskan dimasukkan ke Hospital sebagai Pesakit Dalam.

(c) Fi Pakar Bius

Bayaran Munasabah dan Biasa oleh Pakar Bius untuk ubat bius yang Perlu Dari Segi Perubatan.

(d) Dewan Bedah

Bayaran Munasabah dan Biasa bagi dewan bedah dan kelengkapan yang berkaitan dengan prosedur Pembedahan yang Perlu Dari Segi Perubatan.

(e) Ubat Dipreskripsikan

Ubat Dipreskripsikan yang Perlu Dari Segi Perubatan dan berkaitan secara langsung dengan Hilang Upaya, tidak termasuk sebarang ubat tradisional dan komplementari, ubat tambahan, vitamin atau herba pemakanan.

(f) Prosedur Diagnostik dan Fisioterapi

Bayaran Munasabah dan Biasa untuk prosedur diagnostik Pesakit Dalam dan fisioterapi Pesakit Dalam yang berkaitan secara langsung dengan Hilang Upaya dan Perlu Dari Segi Perubatan di mana Orang yang Diinsuranskan menerima rawatan sebagai Pesakit Dalam.

(g) Lawatan Pakar Perubatan/Pakar

Bayaran Munasabah dan Biasa untuk lawatan Pakar Perubatan atau Pakar yang Perlu Dari Segi Perubatan bagi Orang yang Diinsuranskan semasa dimasukkan ke Hospital sebagai Pesakit Dalam, tertakluk kepada maksimum dua (2) lawatan sehari bagi setiap Pakar Perubatan atau Pakar.

4. Fi Ambulans

Pembayaran balik Bayaran Munasabah dan Biasa yang ditanggung untuk perkhidmatan ambulans domestik yang perlu (termasuk atendan) ke dan/atau dari Hospital Penghospitalan. Bayaran tidak akan dibuat jika Orang yang Diinsuranskan tidak dimasukkan ke Hospital dan tertakluk kepada Had pelan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

5. Elaun Harian Penghospitalan akibat Kemalangan

Sekiranya Orang yang Diinsuranskan dimasukkan ke Hospital dalam masa dua puluh empat (24) jam dari tarikh Kemalangan, untuk rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan bagi Kecederaan Anggota Badan yang diakibatkan oleh Kemalangan, Kami akan membayar jumlah manfaat seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat untuk setiap hari Penghospitalan, sehingga bilangan hari maksimum seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

6. Elaun Harian Penghospitalan di Unit Rawatan Rapi

Sekiranya Orang yang Diinsuranskan dimasukkan ke Unit Rawatan Rapi Hospital, Kami akan membayar jumlah manfaat seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat untuk setiap hari Penghospitalan, sehingga bilangan hari maksimum seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Manfaat ini akan dibayar sebagai tambahan kepada manfaat Elaun Harian Penghospitalan akibat Kemalangan.

B. Bahagian B: Manfaat Pesakit Luar

7. Prosedur Pembedahan Harian

Pembayaran balik Bayaran Munasabah dan Biasa yang dikenakan oleh Hospital atau pusat Pakar untuk Pembedahan Harian atau Prosedur Pembedahan Harian yang Perlu Dari Segi Perubatan dan dilakukan sebagai Pesakit Luar. Manfaat ini merangkumi semua semua perkhidmatan dan bekalan yang disediakan untuk prosedur tersebut dan tertakluk kepada Had pelan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Pembedahan Harian dan Prosedur Pembedahan Harian adalah merangkumi Pembedahan kecil seperti, tetapi tidak terhad kepada: adenoidotomi, artroskopi, bronkoskopi, bunionektomi, pembuangan katarak, kolesistektomi, kolonoskopi, angiografi koronari, endoskopi saluran pencernaan, pembesaran dan pengkuretan rahim, eksisi sista pilonodal, hemoroidotomi, pembetulan jari kaki hammer, laparaskopi, laringoskopi dan trakeoskopi, manipulasi lumbosakral, miringotomi, biopsi prostat, pengurangan hidung patah, pembetulan strabismus dan tonsilektomi, yang biasanya dilakukan di bahagian Pesakit Luar dengan selamat.

Sebarang Pembedahan Harian atau Prosedur Pembedahan Harian yang dilakukan untuk tujuan penyiasatan dan diagnostik yang tidak berkaitan dengan rawatan untuk sebarang Hilang Upaya adalah tidak dilindungi.

8. (a) Rundingan sebelum Penghospitalan

Pembayaran Balik Bayaran Munasabah dan Biasa untuk rundingan (termasuk ubat-ubatan) oleh Pakar Perubatan, Pengamal Perubatan atau Pakar, dan berkaitan secara langsung dengan Hilang Upaya yang sama sebelum Penghospitalan, sehingga tiga (3) kali untuk Mana-mana Satu (1) Hilang Upaya dan dalam tempoh bilangan hari maksimum dan tertakluk kepada Had pelan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Rundingan tersebut adalah Perlu Dari Segi Perubatan dan disyorkan secara bertulis oleh Pakar Perubatan, Pengamal Perubatan atau Pakar yang merawat.

Pembayaran tidak akan dibayar untuk sebarang rundingan, ujian diagnostik, perubatan dan rawatan setelah Penyakit itu didiagnosis atau tidak mengakibatkan Penghospitalan Orang yang Diinsuranskan.

(b) Prosedur Diagnostik sebelum Penghospitalan

Pembayaran Balik Bayaran Munasabah dan Biasa untuk ujian diagnostik yang Perlu Dari Segi Perubatan termasuk tetapi tidak terhad kepada Elektrokardiogram (ECG), sinar X dan ujian makmal dilakukan untuk tujuan diagnostik untuk Kecederaan Anggota Badan atau Penyakit yang berkaitan secara langsung dengan Hilang Upaya yang sama sebelum Penghospitalan dan bersama dengan rundingan sebelum Penghospitalan untuk Hilang Upaya yang sama, sehingga tiga (3) kali untuk Mana-mana Satu (1) Hilang Upaya dan dalam tempoh bilangan hari maksimum dan tertakluk kepada Had pelan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Ujian diagnostik mesti disyorkan oleh Pakar Perubatan atau Pakar yang sama yang memberikan rundingan sebelum Penghospitalan tersebut.

Pembayaran tidak akan dibayar untuk ujian diagnostik tersebut, sekiranya ia tidak mengakibatkan Penghospitalan bagi Orang yang Diinsuranskan. Pembayaran tidak akan dibayar untuk sebarang ujian diagnostik dan penyiasatan sekiranya ujian tersebut tidak terdapat di Malaysia.

9. (a) Penjagaan Selepas Penghospitalan

Pembayaran balik Bayaran Munasabah dan Biasa untuk rawatan susulan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar Perubatan atau Pakar bertugas yang sama selepas Pembedahan atau rawatan Pesakit Dalam, dalam tempoh bilangan hari maksimum dan tertakluk kepada Had pelan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital untuk pembedahan atau bukan pembedahan Hilang Upaya. Ini termasuk Ubat Dipreskripsikan semasa rawatan susulan tetapi jumlah keseluruhan bekalan harus tidak melebihi bilangan hari maksimum seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

(b) Rawatan Fisioterapi

Pembayaran balik Bayaran Munasabah dan Biasa untuk rawatan fisioterapi Pesakit Luar yang Perlu Dari Segi Perubatan dan dirujuk secara bertulis oleh Pakar Perubatan atau Pakar bertugas yang sama selepas Pembedahan atau rawatan Pesakit Dalam, dalam tempoh bilangan hari maksimum dan tertakluk kepada Had pelan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Rawatan fisioterapi tersebut mesti dilakukan di Hospital yang sama di mana Orang yang Diinsuranskan dimasukkan ke Hospital. Walau bagaimanapun, pembayaran tidak akan dibayar untuk perubatan atau rawatan dan rundingan berikutnya dari Pakar Perubatan atau Pakar yang sama.



10. Rawatan Kemalangan dan Kecemasan

Pembayaran balik Bayaran Munasabah dan Biasa yang ditanggung sehingga Had pelan yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, akibat Kecelakaan Anggota Badan yang timbul daripada Kemalangan sehingga tiga (3) kali untuk Mana-mana Satu (1) Hilang Upaya untuk rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan sebagai Pesakit Luar di klinik berdaftar atau Hospital dengan syarat Orang yang Diinsuranskan menerima rawatan pertama yang Perlu Dari Segi Perubatan dalam tempoh dua puluh empat (24) jam dari tarikh Kemalangan yang menyebabkan Kecelakaan Anggota Badan.

Jika kecederaan pada gigi semula jadi akibat Kemalangan, Kami akan membayar balik caj bagi rawatan Pergigian untuk melegakan kesakitan tidak termasuk prosedur pemulihan seperti pengkoronaan, merapatkan, serta rawatan kanal akar.

C. Bahagian C: Manfaat Khas

11. Ganjaran Tanpa Tuntutan

Jika Anda tidak membuat sebarang tuntutan di bawah Polisi ini untuk sekurang-kurangnya satu (1) Tahun Polisi, Anda layak untuk menerima Ganjaran Tanpa Tuntutan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat pada akhir Tahun Polisi. Pembayaran Ganjaran Tanpa Tuntutan akan diproses dalam tempoh enam puluh (60) hari dari akhir Tahun Polisi. Manfaat ini akan dibayar kepada Anda dalam persamaan tunai seperti tetapi tidak terhad kepada e-baucar atau baucar tunai. Kaedah pembayaran manfaat ini tertakluk kepada perubahan dari semasa ke semasa dan ditentukan oleh Kami, bagaimanapun, jumlah yang perlu dibayar untuk manfaat ini tidak akan dikurangkan.

Sebaik sahaja terdapat sebarang tuntutan dibuat di bawah Polisi ini, Ganjaran Tanpa Tuntutan pada Tahun Polisi tersebut akan tamat. Anda akan layak untuk Ganjaran Tanpa Tuntutan semula jika tiada tuntutan dibuat untuk Tahun Polisi berikutnya.

Manfaat ini tidak tertakluk kepada Deduktibel dan Had Tahunan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Jika tuntutan yang layak daripada Tahun Polisi sebelumnya didaftarkan selepas Ganjaran Tanpa Tuntutan telah dibayar, Kami berhak untuk menolak amaun Ganjaran Tanpa Tuntutan untuk Tahun Polisi yang sepadan daripada Anda.

PENGECUALIAN

Polisi ini tidak melindungi mana-mana Penghospitalan, Pembedahan atau bayaran yang ditanggung disebabkan secara langsung atau tidak langsung, sepenuhnya atau sebahagiannya, oleh mana-mana satu (1) kejadian berikut:

1. Penyakit Sedia Ada;
2. Penyakit Tertentu yang berlaku dalam Tempoh Menunggu;
3. Apa-apa Hilang Upaya, keadaan perubatan atau fizikal serta tanda dan simptomnya yang berlaku dalam Tempoh Menunggu, kecuali untuk Kecelakaan akibat Kemalangan;
4. Berkhatan, pemeriksaan mata, Pembedahan pembiasan atau prosedur pembedahan untuk gangguan penglihatan kerana astigmatisme, rabun jauh atau rabun dekat (Keratotomy Radial atau Lasik), cermin mata atau kanta lekak, kanta intraokular (kecuali kanta intraokular monofokal dalam Pembedahan katarak), Ultrabunyi Fokus Intensiti Tinggi (HIFU), rhizolisis, Pembedahan robotik yang membantu prosedur Pembedahan dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik seperti anggota tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya;
5. Keadaan gigi termasuk Rawatan Pergigian atau Pembedahan oral kecuali yang diperlukan kerana Kecelakaan akibat Kemalangan pada gigi asli yang sihat yang berlaku semasa tempoh insurans;
6. Kejururawatan peribadi, rehat pulih atau penjagaan kebersihan, dadah yang tidak dibenarkan, keracunan, pemandulan, Penyakit venereal dan Penyakit sampingannya, Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit (AIDS) atau Kompleks berkaitan AIDS (ARC) dan Penyakit berkaitan Virus Kekurangan Imunitas Manusia (HIV), dan apa-apa Penyakit berjangkit yang memerlukan kuarantin oleh undang-undang (Pengecualian ini tidak terpakai untuk sebarang Penghospitalan, Pembedahan, bayaran yang ditanggung atau kematian, yang mana berkenaan, akibat Penyakit Koronavirus (COVID-19));
7. Apa-apa rawatan atau operasi Pembedahan untuk Keadaan Kongenital atau keabnormalan termasuk penyakit keturunan;
8. Kehamilan, keadaan berkaitan dengan kehamilan atau komplikasinya, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara Pembedahan), keguguran, pengguguran dan penjagaan serta Pembedahan pranatal atau postnatal, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketidaksuburan, disfungsi erektal dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pemandulan;
9. Penghospitalan terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis, pemeriksaan sinar-x, pemeriksaan fizikal atau perubatan am yang tidak berkaitan secara langsung atau tidak langsung dengan rawatan atau diagnosis bagi Hilang Upaya yang dilindungi, apa-apa rawatan yang tidak Perlu Dari Segi Perubatan, ujian dan penyiasatan yang dilakukan untuk tujuan mengecualikan diagnosis selain daripada diagnosis akhir di mana rawatan akhir diberikan, apa-apa rawatan pencegahan, ubat atau pemeriksaan pencegahan yang dijalankan oleh Pakar Perubatan, dan apa-apa rawatan khusus untuk mengurangkan atau menambahkan berat badan atau Pembedahan bariatrik;

10. Bunuh diri, cubaan bunuh diri atau Kecelakaan diri yang disengajakan semasa siuman atau tidak siuman;
11. Perang atau apa-apa tindakan perang, diisytiharkan atau tidak, aktiviti jenayah atau pengganas, bergiat cergas dalam mana-mana angkatan bersenjata, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan, kekecohan awam atau penderhakaan tentera;
12. Pencemaran kimia atau biologikal, sinaran pengionan atau pencemaran oleh keradioaktifan daripada apa-apa bahan api nuklear atau sisa nuklear daripada proses pembelahan nuklear atau daripada apa-apa bahan senjata nuklear;
13. Perbelanjaan yang ditanggung untuk menderma mana-mana organ tubuh oleh Orang yang Diinsuranskan dan kos pemerolehan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma ketika transplan organ dan komplikasinya;
14. Penyiasatan dan rawatan gangguan tidur dan dengkur, terapi penggantian hormon, terapi plasenta/serum, terapi kelasi dan terapi alternatif seperti rawatan, perkhidmatan atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada akutekanan, refleksologi, pengikatan tulang dan rawatan pakar herba, perubatan tradisional dan komplementari (kecuali ditentukan sebaliknya), ubat tambahan, vitamin, herba pemakanan, urut atau aromaterapi atau rawatan alternatif yang lain;
15. Penjagaan atau rawatan yang pembayarannya tidak dikehendaki atau setakat yang dibayar oleh mana-mana insurans lain atau tanggung rugi yang melindungi Orang yang Diinsuranskan dan Hilang Upaya yang timbul akibat tugas dalam pekerjaan atau kerjaya yang dilindungi di bawah kontrak insurans pampasan pekerja;
16. Psikotik, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatik) dan apa-apa keadaan lain yang dikelaskan di dalam Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental (Kod DSM-IV) yang diterbitkan oleh Persatuan Psikiatri Amerika;
17. Kos/belanja perkhidmatan yang tidak berkaitan dengan perubatan, seperti televisyen, telefon, khidmat teleks, radio atau kemudahan yang serupa, kit/pek kemasukan dan barang bukan perubatan lain yang tidak layak;
18. Sakit atau Kecelakaan yang timbul akibat apa-apa jenis perlumbaan (kecuali lumba jalan kaki), 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 yang menyalahi undang-undang;
19. Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual dan berlesen untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan;
20. Perbelanjaan yang ditanggung untuk menukar jantina;
21. Sebarang rawatan yang tertumpu kepada kelewatan perkembangan dan/atau masalah pembelajaran Orang yang Diinsuranskan;
22. Sebarang rawatan yang hanya menawarkan kelegaan sementara bagi simptom-simptom, pada mana-mana Penyakit jangka panjang berbanding dengan menguruskan keadaan perubatan yang sebenar;
23. Sebarang ujian diagnostik, prosedur, ujian darah, penyiasatan atau pemeriksaan yang tidak berkaitan langsung dengan diagnosis akhir dan rawatan untuk Hilang Upaya yang dilindungi; atau
24. Pembedahan atau rawatan kosmetik/estetik/plastik, atau rawatan yang berkaitan atau diperlukan kerana rawatan kosmetik sebelumnya. Walau bagaimanapun, Kami akan membayar untuk Pembedahan pembentukan semula jika:
 - (a) ia dijalankan untuk mengembalikan fungsi atau rupa selepas Kemalangan atau Pembedahan berikutan daripada keadaan perubatan, dengan syarat bahawa Orang yang Diinsuranskan dilindungi secara berterusan di bawah Tambahan ini sejak sebelum Kemalangan atau Pembedahan berlaku;
 - (b) dilakukan pada peringkat perubatan yang sesuai selepas Kemalangan atau Pembedahan; dan
 - (c) Kami bersetuju secara bertulis, untuk kos rawatan sebelum ianya dilakukan.

"Bahagian lain halaman ini sengaja dikosongkan"

LAMPIRAN: KADAR PREMIUM

Ilustrasi kadar premium di bawah terpakai untuk risiko standard. Kadar premium bagi Umur 56 hingga 79 adalah untuk pembaharuan sahaja.

Untuk pelan individu:

Umur Tercapai (Hari Lahir yang Terakhir)	Pelan 150		Pelan 100		Pelan 50		Pelan 20	
	Premium Bulanan (RM)	Premium Tahunan (RM)	Premium Bulanan (RM)	Premium Tahunan (RM)	Premium Bulanan (RM)	Premium Tahunan (RM)	Premium Bulanan (RM)	Premium Tahunan (RM)
0 – 5	73.06	833.00	72.45	826.00	65.96	752.00	62.71	715.00
6 – 15	40.78	465.00	39.99	456.00	36.75	419.00	34.64	395.00
16 – 19	40.78	465.00	39.99	456.00	36.75	419.00	34.64	395.00
20 – 24	41.75	476.00	40.35	460.00	38.24	436.00	34.99	399.00
25 – 29	41.75	476.00	40.35	460.00	38.24	436.00	34.99	399.00
30 – 34	44.56	508.00	42.45	484.00	40.35	460.00	37.19	424.00
35 – 39	44.99	513.00	43.33	494.00	40.70	464.00	37.54	428.00
40 – 44	55.52	633.00	53.06	605.00	49.82	568.00	46.57	531.00
45 – 49	92.54	1,055.00	89.21	1,017.00	83.24	949.00	76.75	875.00
50 – 54	130.35	1,486.00	125.43	1,430.00	118.85	1,355.00	108.06	1,232.00
55 – 59	240.26	2,739.00	227.98	2,599.00	214.99	2,451.00	199.91	2,279.00
60 – 64	345.70	3,941.00	333.33	3,800.00	314.73	3,588.00	287.36	3,276.00
65 – 69	520.26	5,931.00	500.52	5,706.00	471.92	5,380.00	431.05	4,914.00
70 – 74	520.26	5,931.00	500.52	5,706.00	471.92	5,380.00	431.05	4,914.00
75 – 79	520.26	5,931.00	500.52	5,706.00	471.92	5,380.00	431.05	4,914.00

Untuk pelan keluarga:

Umur Tercapai (Hari Lahir yang Terakhir)	Pelan 150		Pelan 100		Pelan 50		Pelan 20	
	Premium Bulanan (RM)	Premium Tahunan (RM)	Premium Bulanan (RM)	Premium Tahunan (RM)	Premium Bulanan (RM)	Premium Tahunan (RM)	Premium Tahunan (RM)	Premium Bulanan (RM)
0 – 5	69.47	792.00	68.85	785.00	62.71	715.00	59.64	680.00
6 – 15	38.77	442.00	38.07	434.00	34.99	399.00	32.98	376.00
16 – 19	38.77	442.00	38.07	434.00	34.99	399.00	32.98	376.00
20 – 24	39.73	453.00	38.33	437.00	36.40	415.00	33.33	380.00
25 – 29	39.73	453.00	38.33	437.00	36.40	415.00	33.33	380.00
30 – 34	42.36	483.00	40.35	460.00	38.33	437.00	35.35	403.00
35 – 39	42.80	488.00	41.22	470.00	38.68	441.00	35.70	407.00
40 – 44	52.80	602.00	50.43	575.00	47.36	540.00	44.29	505.00
45 – 49	87.98	1,003.00	84.82	967.00	79.12	902.00	72.98	832.00
50 – 54	123.85	1,412.00	119.21	1,359.00	112.98	1,288.00	102.71	1,171.00
55 – 59	228.33	2,603.00	216.66	2,470.00	204.29	2,329.00	189.99	2,166.00
60 – 64	328.41	3,744.00	316.66	3,610.00	299.03	3,409.00	273.06	3,113.00
65 – 69	494.29	5,635.00	475.52	5,421.00	448.33	5,111.00	409.56	4,669.00
70 – 74	494.29	5,635.00	475.52	5,421.00	448.33	5,111.00	409.56	4,669.00
75 – 79	494.29	5,635.00	475.52	5,421.00	448.33	5,111.00	409.56	4,669.00

“Bahagian lain halaman ini sengaja dikosongkan”