

**Generali Insurance Malaysia Berhad**

No. Pendaftaran: 197501002042 (23820-W)

Pusat Khidmat Pelanggan Generali

Level 1, Menara Generali,

27 Jalan Sultan Ismail, 50250 Kuala Lumpur, Malaysia.

Tel: 1 300 13 2121 atau +603 3007 2121 E-mel: customer.service.gi@generali.com.mywww.generali.com.my**Ahli PIDM**

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

SMARTCARE OPTIMUM PLUS POLISI INSURANS HOSPITAL & PEMBEDAHAN

NOTIS PENTING

Ini ialah Polisi **SmartCare Optimum Plus** anda. Sila baca Polisi anda dengan teliti bersama dengan Jadual yang terkandung bagi memastikan anda memahami terma dan syarat dan perlindungan telah diberikan mengikut keperluan anda. Sekiranya anda mempunyai sebarang pertanyaan selepas meneliti kandungan dokumen ini, sila hubungi penasihat insurans anda atau Generali Insurance Malaysia Berhad. Sekiranya terdapat sebarang perubahan dengan keadaan anda yang memberi kesan atas perlindungan yang diberikan, sila hubungi kami dengan serta-merta. Jika tidak, anda mungkin tidak menerima manfaat sepenuhnya untuk polisi ini.

Demi memelihara alam sekitar, Kami akan menghantar satu salinan polisi sahaja. Anda dinasihatkan supaya menyimpannya di tempat yang selamat. Bagi kes pembaharuan dan/atau perubahan pada syarat-syarat polisi, syarikat hanya akan menghantar jadual polisi dan endorsem sahaja. Sekiranya anda ingin penggantian bagi dokumen ini, sila hubungi kami dan kami akan memberi yang baru.

Sekiranya, atas sebab-sebab tertentu, anda tidak berpuashati dengan khidmat yang diterima, anda boleh mengambil langkah-langkah berikut

1. Sebagai langkah pertama, sila nyatakan maklum balas anda kepada Pusat Khidmat Pelanggan kami di alamat kami. Sebagai alternatif, anda boleh hantar e-mel ke: customer.service.gi@generali.com.my
2. Sekiranya anda masih tidak berpuas hati dengan sebarang penyelesaian yang diberi, anda boleh:
 - (a) Rujuk perkara mengenai tuntutan kepada:
Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan (FMOS) (dahulunya dikenali sebagai Ombudsman Perkhidmatan Kewangan)
No Syarikat: 200401025885
Tingkat 14, Blok Utama, Menara Takaful Malaysia, No. 4, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur.
Tel :+603 2272 2811 Laman Web: www.fmos.org.my
 - (b) Mengemukakan aduan anda di:
BNMLINK menerusi borang dalam laman sesawang di bnmlink.bnm.gov.my atau hubungi 1-300-88-5465 (Isnin – Jumaat, 9 pagi – 5 petang)

Jika terdapat perbezaan di antara Bahasa Inggeris dan Bahasa Malaysia, maka versi Bahasa Inggeris adalah dianggap muktamad.

BAGAIMANA INSURANS ANDA BEROPERASI

Polisi **SmartCare Optimum Plus** anda merupakan satu kontrak di antara anda dan Generali Insurance Malaysia Berhad. Ia mengandungi:

- Kontrak Polisi
- Jadual Polisi dan Jadual Manfaat yang mengandungi maklumat tentang anda, jenis Perlindungan dan Tempoh Insurans

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

Polisi ini menggambarkan terma dan syarat kontrak insurans seperti yang dipersetujui antara Anda dan Kami.

KELAYAKAN DAN SKOP**1. Kelayakan**

Mereka yang layak dilindungi di bawah Polisi ini mestilah:

- (a) Berumur di antara lima belas (15) hari hingga enam puluh lima (65) tahun dan Polisi boleh diperbaharui sehingga umur satu ratus (100) tahun;

- (b) Seseorang yang menetap secara sah di Malaysia, Brunei atau Singapura. Seseorang itu akan hilang kelayakan jika menetap secara berterusan untuk tempoh sembilan puluh (90) hari, atau berada melebihi tempoh satu ratus lapan puluh (180) hari dalam satu (1) tahun kalendar di luar Malaysia, Brunei atau Singapura.

2. Penambahan Orang yang Diinsuranskan

Penambahan Tanggungan Orang yang Diinsuranskan yang layak, boleh dibuat jika:

- (a) Pemegang Polisi membuat permohonan tersebut;
- (b) Tanggungan adalah layak diinsuranskan berdasarkan terma-terma dan standard penerimaan Syarikat; dan
- (c) tambahan premium diperlukan dibayar.

3. Wilayah Geografi

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

4. Rawatan Luar Negara

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

5. Kediaman Di Luar Negara

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

6. Waris Pemegang Polisi

Sekiranya berlaku kematian ke atas Pemegang Polisi semasa polisi itu berkuatkuasa, suami/isteri sah pemegang polisi tersebut yang merupakan Orang yang Diinsuranskan di bawah polisi ini, secara automatik akan menjadi Pemegang Polisi. Kesemua rujukan kepada Pemegang Polisi didalam polisi ini selepas itu adalah merujuk kepada suami/isteri berkenaan.

7. Deduktibel

Pemegang Polisi boleh memilih Deduktibel untuk mendapatkan pengurangan premium. Deduktibel akan ditolak dari perbelanjaan perubatan yang layak, bagi setiap Orang yang Diinsuranskan setiap Tahun Polisi. Semua Orang yang Diinsuranskan di bawah Polisi yang sama adalah tertakluk kepada tahap deduktibel yang sama

Pemegang Polisi boleh pilih untuk menambah atau mengurangkan deduktibel semasa pembaharuan tahunan perlindungan. Perubahan ke atas deduktibel adalah tidak dibenarkan di pertengahan Polisi. Deduktibel ini tidak digunakan untuk Perkhidmatan Pemindahan Kecemasan Perubatan Antarabangsa, Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar, Rawatan Kanser Pesakit Luar, Manfaat Kematian Akibat Kemalangan dan Manfaat Rawatan Psikiatri.

TAKRIF AM POLISI

Mana-mana perkataan atau gambaran, yang mempunyai maksud tertentu, di dalam Polisi dan/atau Jadual membawa maksud seperti berikut.

1. **Kami/Syarikat/Penanggung Insurans/Generali** merujuk kepada Generali Insurance Malaysia Berhad.
2. **Anda/Orang yang Diinsuranskan** merujuk kepada Pemegang Polisi dan/atau Orang yang Diinsuranskan.
3. **Kemalangan** bermaksud kejadian yang berlaku secara tiba-tiba, tidak disengajakan, tidak dijangka, luar biasa dan pada masa yang tertentu dan di tempat yang dikenal pasti, yang hendaklah, tanpa bergantung pada apa-apa sebab lain, menjadi satu-satunya sebab bagi kecederaan anggota badan.
4. **Anak** bermaksud mana-mana orang yang telah mencapai umur lima belas (15) hari dan tidak berkahwin, yang bergantung pada Orang yang Diinsuranskan dari segi kewangan dan berumur kurang daripada sembilan belas (19) tahun atau hingga dua puluh tiga (23) tahun bagi mereka yang didaftarkan sebagai pelajar sepenuh masa di institusi pengajian yang diiktiraf.
5. **Penyakit Kongenital** bermaksud apa-apa keabnormalan perubatan atau fizikal yang wujud sejak lahir, dan juga keabnormalan fizikal neonatal yang berkembang dalam tempoh enam (6) bulan dari tarikh kelahiran. Ini termasuk semua jenis hernia dan epilepsi kecuali disebabkan oleh trauma yang berlaku selepas tarikh Orang yang Diinsuranskan dilindungi secara berterusan di bawah Polisi ini.
6. **Hari** bermaksud definisi yang diberi bagi bayaran Harian yang dilaksanakan oleh Hospital berkenaan.
7. **Prosedur Pembedahan/Penjagaan Harian** bermaksud pesakit yang perlu menggunakan kemudahan pemulihan untuk Prosedur Pembedahan yang dirancang terlebih dahulu di Hospital/Klinik Pakar (tetapi bukan untuk bermalam).
8. **Deduktibel** bermaksud jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat yang perlu dibayar oleh Anda sebelum sebarang perbelanjaan perubatan yang layak dibayar di bawah Polisi ini.
9. **Rawatan Pergigian** bermaksud rawatan yang diperlukan untuk mewujudkan atau mengekalkan kesihatan oral, pembaikan gigi, "scaling", tampalan, cabut gigi, maloklusi, pemulihan fungsi dan penjajaran gigi.
10. **Doktor Gigi** bermaksud orang yang berlesen atau berdaftar sewajarnya untuk mengamalkan pergigian dalam kawasan geografi yang menyediakan khidmat, tetapi tidak termasuk doktor gigi yang merupakan Orang yang Diinsuranskan itu sendiri.

- 11. Tanggungan** bermaksud mana-mana orang yang berikut:
- suami/isteri yang berkahwin secara sah;
 - anak yang tidak berkahwin yang umurnya melebihi lima belas (15) hari tetapi kurang daripada sembilan belas (19) tahun atau dua puluh tiga (23) tahun bagi yang masih belajar sepenuh masa di pusat pengajian tinggi, dan yang tidak mempunyai pekerjaan bergaji.
- 12. Hilang Upaya** bermaksud Sakit, Wabak, Penyakit atau semua Kecederaan yang timbul daripada satu atau beberapa sebab yang berterusan. MANA-MANA SATU HILANG UPAYA hendaklah bermaksud semua tempoh hilang upaya yang timbul daripada sebab yang sama termasuk mana-mana dan semua komplikasinya kecuali jika Orang yang Diinsuranskan pulih sepenuhnya dan tidak perlu menjalani apa-apa rawatan lanjut (termasuk dadah, ubat, diet khas atau suntikan atau nasihat tentang keadaannya) bagi hilang upaya itu selama sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari selepas tarikh terakhir keluar hospital dan hilang upaya berikutnya akibat daripada sebab yang sama hendaklah dianggap seolah-olah hilang upaya itu adalah yang baru.
- 13. Doktor atau Pakar Perubatan atau Pakar Bedah atau Pakar Bius** bermaksud pengamal perubatan berdaftar yang layak dan berlesen untuk mengamalkan perubatan barat dan semasa memberikan rawatan itu, mengamalkannya mengikut skop pelesenan dan latihannya di kawasan geografi profesion tersebut diamalkan, tetapi tidak termasuk doktor, pakar perubatan atau pakar bedah yang merupakan Orang yang Diinsuranskan itu sendiri.
- 14. Perbelanjaan Layak** bermaksud perbelanjaan yang Perlu Dari Segi Perubatan yang ditanggung disebabkan oleh Hilang Upaya yang dilindungi tetapi tidak melebihi had manfaat dalam jadual.
- 15. Hospital** bermaksud hanya pertubuhan yang ditubuhkan dan didaftarkan sewajarnya sebagai hospital untuk jagaan dan Rawatan orang yang sakit dan cedera sebagai pesakit katil berbayar, dan yang:-
- mempunyai kemudahan untuk diagnosis dan pembedahan utama;
 - menyediakan khidmat jagaan dua puluh (24) jam sehari oleh jururawat berdaftar dan bersiswazah,
 - di bawah penyeliaan Pakar Perubatan, dan
 - bukan klinik; tempat untuk orang ketagih alkohol dan dadah; pusat jagaan atau rumah pemulihan atau rumah orang tua atau pertubuhan yang serupa.
- 16. Penghospitalan** bermaksud kemasukan ke Hospital sebagai pesakit dalam yang berdaftar untuk Rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan bagi Hilang Upaya yang dilindungi apabila disyorkan oleh Pakar Perubatan. Pesakit tidak boleh dianggap sebagai pesakit dalam jika pesakit tidak tinggal di hospital secara fizikal sepanjang tempoh dimasukkan ke hospital.
- 17. Kecederaan** bermaksud kecederaan anggota badan yang semata-mata disebabkan oleh Kemalangan.
- 18. Sakit, Wabak Atau Penyakit** bermaksud keadaan fizikal yang ditunjukkan dari segi patologi berbeza daripada keadaan kesihatan yang normal.
- 19. Pesakit Dalam** merujuk kepada kemasukan Orang yang Diinsuranskan untuk bermalam di hospital bagi menerima rawatan.
- 20. Orang yang Diinsuranskan** bermaksud orang yang dinyatakan dalam Jadual Polisi termasuk Tanggungannya (jika berkenaan)
- 21. Unit Rawatan Rapi** bermaksud satu bahagian di Hospital yang dinamakan sebagai Unit Rawatan Rapi oleh Hospital, dan yang diselenggara dua puluh empat (24) jam hanya untuk Rawatan bagi pesakit dalam keadaan kritikal dan dilengkapi khidmat jagaan dan perubatan khas yang tidak disediakan di mana-mana bahagian lain Hospital itu.
- 22. Hospital Kerajaan Malaysia** bermaksud hospital yang bayaran khidmatnya tertakluk kepada Akta Fee 1951, Perintah Fee (Perubatan) 1982 dan/atau pindaan berikutnya jika ada.
- 23. Perlu Dari Segi Perubatan** bermaksud khidmat perubatan yang:-
- selaras dengan diagnosis dan Rawatan perubatan biasa bagi Hilang Upaya yang dilindungi, dan
 - menurut piawai amalan perubatan yang baik, selaras dengan piawai semasa bagi rawatan perubatan profesional, dan juga dengan manfaat kesihatan yang sah, dan
 - bukan untuk kemudahan Orang yang Diinsuranskan atau Pakar Perubatan, dan tidak dapat diperoleh sewajarnya di luar hospital (jika dimasukkan ke wad sebagai pesakit dalam) dan
 - bukan berbentuk eksperimen, penyelidikan atau kajian, pencegahan atau penyaringan, dan
 - yang bayarannya berpatutan, Munasabah Dan Biasa Diamalkan bagi Hilang Upaya itu.
- 24. Pesakit Luar** bermaksud Orang yang Diinsuranskan yang menerima jagaan atau Rawatan perubatan tanpa dimasukkan ke hospital dan termasuk Rawatan di pusat Rawatan Harian.
- 25. Penyakit Sedia Ada** bermaksud hilang upaya yang diketahui sewajarnya oleh Orang yang Diinsuranskan. Orang yang Diinsuranskan dianggap mengetahui sewajarnya keadaan sedia ada itu apabila:-
- Orang yang Diinsuranskan telah atau sedang menerima rawatan,
 - nasihat perubatan, diagnosis, jagaan atau rawatan telah disyorkan;
 - gejala yang jelas dan tepat dapat atau telah dilihat dengan nyata, atau
 - kewujudannya dapat diperhatikan dengan jelas bagi orang yang mengalami keadaan itu.
- 26. Ubat Yang Dipreskripsikan** bermaksud ubat yang diberikan oleh Pakar Perubatan, Ahli Farmasi Berdaftar atau Hospital dan yang dipreskripsikan oleh Pakar Perubatan atau Pakar bagi Rawatan Hilang Upaya yang dilindungi.
- 27. Tahun Polisi** bermaksud tempoh satu (1) tahun termasuk tarikh mula kuat kuasa Insurans dan sebaik sahaja selepas tarikh itu, atau tempoh satu (1) tahun selepas Polisi Pembaharuan atau Polisi Baru.
- 28. Sepanjang Hayat** bermaksud sepanjang tempoh Polisi di bawah Orang yang Diinsuranskan ini berkuat kuasa, dengan mengambil kira pembaharuan atau penggantian.

- 29. Pemegang Polisi** bermaksud seseorang atau badan korporat dimana Polisi dikeluarkan bagi melindungi orang yang dikenal pasti sebagai Orang yang Diinsuranskan dalam Polisi ini.
- 30. Bayaran Munasabah Dan Biasa Diamalkan** bermaksud bayaran rawatan perubatan yang Perlu Dari Segi Perubatan, yang dianggap Munasabah dan Biasa Diamalkan selagi bayaran itu tidak melebihi had biasa bayaran yang dibuat oleh pihak lain yang sama kedudukannya di tempat bayaran itu dikenakan, apabila memberikan rawatan, perkhidmatan atau bekalan seumpamanya atau yang serupa kepada individu dengan jantina yang sama dan kategori umur yang sama untuk Kesakitan, Wabak, Penyakit atau Kecederaan serta selaras dengan piawai dan amalan perubatan yang diterima dan tidak boleh diabaikan tanpa menjejaskan keadaan perubatan Orang yang Diinsuranskan. Di Malaysia, Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan adalah dianggap seperti yang tertera di dalam Jadual Yuran Persatuan Perubatan Malaysia.
- 31. Pembaharuan atau Polisi Diperbaharui** bermaksud Polisi yang telah dibaharui tanpa apa-apa tempoh luput sebaik sahaja tamatnya tempoh setelah Polisi sebelumnya dengan kandungan yang sama.
- 32. Pakar** bermaksud pengamal perubatan atau pergigian yang berdaftar dan berlesen sewajarnya di kawasan geografi yang khidmat tersebut diberikan, dan yang diklasifikasikan oleh pihak berkuasa kesihatan yang berkenaan sebagai orang yang mempunyai kepakaran yang tinggi dan khusus dalam bidang perubatan atau pergigian yang tertentu, tetapi tidak termasuk pakar perubatan atau pakar bedah yang merupakan Orang yang Diinsuranskan itu sendiri.
- 33. Penyakit Spesifik** bermaksud hilang upaya berikut dan komplikasi yang berkaitan dengannya, yang wujud dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama Insurans bagi Orang yang Diinsuranskan:
- (a) Penyakit tekanan darah tinggi, diabetes melitus dan penyakit Kardiovaskular
 - (b) Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu dalam sistem urinari dan sistem hempedu
 - (c) Semua penyakit telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak
 - (d) Hernia, hemoroid, fistula, hidrosele, varikosele
 - (e) Endometriosis termasuk penyakit sistem pembiakan
 - (f) Gangguan spina verterbro (termasuk diska) dan penyakit lutut.
- 34. Pembedahan / Prosedur Pembedahan** bermaksud mana-mana prosedur perubatan yang berikut:
- (a) Untuk menginsisi, mengeksisi atau mengelektrokauteri mana-mana bahagian organ atau badan kecuali untuk khidmat pergigian.
 - (b) Untuk membaiki, mengubah atau membentuk semula mana-mana bahagian organ atau badan.
 - (c) Untuk mengurangkan fraktur atau dislokasi melalui manipulasi.
 - (d) Penggunaan endoskopi untuk mengeluarkan batu atau objek dari larinks, bronkus, trakea, esophagus, perut, usus, pundi kencing, atau uretra.
- 35. Rawatan** bermaksud Pembedahan atau sebarang prosedur perubatan yang dilaksanakan oleh Pakar Perubatan (selain daripada untuk prosedur diagnostik).
- 36. Tempoh Tangguh** bermaksud tiga puluh (30) hari pertama antara masa bermulanya hilang upaya Orang yang Diinsuranskan dan bermulanya tarikh Polisi/tarikh pengembalian semula, dan terpakai hanya apabila orang itu dilindungi pertama kalinya. Hal ini tidak terpakai selepas tahun pertama perlindungan. Walau bagaimanapun, jika insurans terhenti, maka Tempoh Tangguh akan terpakai sekali lagi.

SmartCare Optimum Plus - JADUAL MANFAAT

MANFAAT	PELAN 1	PELAN 2	PELAN 3	PELAN 4	PELAN 5
Had Tahunan Keseluruhan (untuk Seksyen A and Seksyen B)	RM2,100,000	RM1,500,000	RM1,100,000	RM100,000	RM50,000
SEKSYEN A: RAWATAN PESAKIT DALAM DAN PROSEDUR PEMBEDAHAN HARIAN (setiap hilang upaya)					
Bilik dan Makan, maksimum setiap hari	RM500	RM350	RM180	RM150	RM100
Jumlah hari	180 hari	180 hari	180 hari	180 hari	180 hari
Unit Rawatan Rapi, maksimum setiap hari	Pembayaran Balik Penuh				
Jumlah Hari	180 hari				
Bayaran Ambulans	Pembayaran Balik Penuh				
Manfaat Penjaga Harian Bagi Kanak-Kanak yang Diinsuranskan (berumur di bawah lima belas (15) tahun hingga satu ratus lapan puluh hari (180) hari)	Pembayaran Balik Penuh				
Ubat Preskripsi	Pembayaran Balik Penuh				
Kejururawatan, Peralatan Bilik Pembedahan dan Lain-Lain Bayaran Tambahan	Pembayaran Balik Penuh				
Yuran Pakar Bedah	Pembayaran Balik Penuh tertakluk kepada Had Tahunan Keseluruhan dengan syarat bayaran tersebut adalah dalam lingkungan yang tertera dalam Panduan MMA dan Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan				
Yuran Pakar Bius					
Prosedur Diagnostik & Fisioterapi					
Yuran Doktor Pakar Perubatan (2 lawatan harian)					
Bilik Pembedahan	Pembayaran Balik Penuh				
Pembedahan Implan Perentak Jantung & Defibrillator	RM20,000				
Kanta Intraokular	Sehingga RM1,000 setiap sebelah mata				
Yuran Laporan Perubatan	RM100				
Elaun Tunai Harian Hospital Kerajaan Malaysia (setiap hari)	RM100				
Jumlah Hari	180 hari				
SEKSYEN B: RAWATAN PESAKIT LUAR (setiap hilang upaya)					
Rundingan dan Prosedur Diagnostik dalam tempoh enam puluh (60) hari sebelum kemasukan ke hospital	Pembayaran Balik Penuh				
Penjagaan Selepas Penghospitalan dalam tempoh sembilan puluh (90) hari selepas diizinkan keluar dari hospital	Pembayaran Balik Penuh				
Rawatan Kemalangan dan Kecemasan dalam tempoh enam puluh (60) hari dari tarikh kemalangan	Pembayaran Balik Penuh				
Dialisis Ginjal/Buah Pinggang Pesakit Luar	Pembayaran Balik Penuh				
Rawatan Kanser Pesakit Luar	Pembayaran Balik Penuh				
SEKSYEN C: MANFAAT KHAS (had tambahan di samping Had Tahunan Keseluruhan)					
Kematian Akibat Kemalangan	RM3,000				
Manfaat Rawatan Psikiatri Pesakit Dalam dan Pesakit Luar untuk keadaan berikut: - Gangguan Depresi Yang Teruk - Gangguan Obsesif Kompulsif - Gangguan Tekanan Pasca-Traumatik - Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Polyphagia (makan terlalu banyak) - Skizofrenia - Gangguan Bipolar - Kebimbangan Yang Keterlaluan	RM3,000 setiap tahun				
Pemindahan dan Penghantaran Balik Perubatan Kecemasan Antarabangsa, maksimum setiap tahun	RM500,000	RM50,000			
Penjagaan Kejururawatan di Rumah, sehingga satu ratus lapan puluh (180) hari, maksimum sepanjang hayat	RM6,000	RM5,000	RM4,000	RM3,000	RM2,000

JENIS MANFAAT

Notis Penting: Manfaat-manfaat yang dinyatakan di bawah adalah tertakluk kepada had maksimum atau deduktibel. Sila semak Jadual Manfaat untuk butir-butir terperinci.

1. Had Tahunan Keseluruhan

Manfaat yang dibayar bagi belanja yang dikenakan untuk Rawatan yang diberikan kepada Orang yang Diinsuranskan dalam tempoh insurans hendaklah dihadkan mengikut Had Tahunan Keseluruhan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat tanpa mengira jenis hilang upaya. Jika Had Tahunan Keseluruhan telah dibayar, maka semua insurans untuk Orang yang Diinsuranskan di bawah ini hendaklah dihentikan bayarannya serta-merta bagi baki tahun polisi tersebut

2. Had Maksimum bagi Setiap Hilang Upaya

Manfaat yang boleh dibayar berhubung dengan perbelanjaan yang ditanggung untuk Rawatan yang diberikan kepada Orang yang Diinsuranskan sepanjang tempoh insurans adalah terhad kepada Had Maksimum Setiap Satu (1) Hilang Upaya seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat tanpa mengambil kira beberapa jenis Hilang Upaya yang dirawat dalam satu Kemasukan.

3. Prosedur Pembedahan Jagaan Harian

Pembayaran Balik bayaran sebenar yang dicaj oleh Hospital atau Pusat Pakar dan untuk semua bayaran profesional yang dicaj melalui Prosedur Pembedahan Jagaan Harian kecil yang dijalankan sebagai pesakit luar tanpa kemasukan ke hospital. Bayaran atau caj sedemikian adalah meliputi semua perkhidmatan dan bekalan sampingan untuk prosedur sehingga had maksimum seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Prosedur Pembedahan Jagaan Harian hendaklah termasuk pembedahan kecil seperti tetapi tidak terhad kepada: Adenoidektomi, Artroskopi, Bronkoskopi, Bunionektomi, Pembuangan katarak, Kolesistektomi, Kolonoskopi, Angiografi Koronari, Endoskopi salur penghadaman, Pendilatan dan pengkuretan uterus, eksisi ringkas sista pilonodal, Hemoroidektomi, Pembaikan "hammer toe", Laparoskopi, Laringoskopi dan trakeoskopi, Manipulasi lumbosakrum, Miringotomi, Biopsi prostat, Pengurangan fraktur (fracture) saluran hidung, Pembaikan strabismus dan Tonsilektomi, yang biasa dijalankan dengan selamat pada dasar Pesakit Luar.

Apa-apa Prosedur Pembedahan Jagaan Harian yang dijalankan untuk tujuan siasatan dan diagnostik yang tidak berkaitan dengan Rawatan bagi apa-apa hilang upaya ditetapkan adalah tidak dilindungi.

4. Bilik Hospital dan Makan

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk penginapan di bilik dan makan. Jumlah manfaat hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh Hospital semasa Orang yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital, tetapi manfaat tidak boleh melebihi, bagi mana-mana satu (1) hari, kadar Manfaat Bilik dan Makan, dan bilangan maksimum hari seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Orang yang Diinsuranskan hanya layak menerima manfaat ini apabila dimasukkan ke Hospital sebagai pesakit dalam atau untuk Pembedahan Harian.

5. Unit Rawatan Rapi

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Diamalkan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk bilik dan makan yang sebenarnya ditanggung semasa dimasukkan ke hospital sebagai pesakit dalam di Unit Rawatan Rapi Hospital. Bayaran manfaat ini hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh Hospital tertakluk kepada manfaat maksimum bagi mana-mana satu (1) hari, dan bilangan maksimum hari, seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Apabila tempoh dimasukkan ke hospital di Unit Rawatan Rapi melebihi tempoh maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat, maka pembayaran balik akan dihadkan kepada kadar Bilik dan Makan Harian Hospital.

Manfaat Bilik dan Makan Hospital tidak akan dibayar bagi tempoh dimasukkan ke hospital tersebut apabila Manfaat Unit Rawatan Rapi Harian dibayar.

6. Ubat Yang Dipreskripsikan untuk Pesakit Dalam

Pembayaran balik untuk ubat yang dipreskripsi yang Perlu Dari Segi Perubatan dan berkaitan secara langsung dengan Hilang Upaya Orang yang Diinsuranskan. Hanya kos ubat yang digunakan untuk Rawatan Hilang Upaya itu dibayar dan mesti disenaraikan di dalam Malaysian Index Medical Supplies (MIMS), tidak termasuk ubat tradisional / pelengkap, ubat tambahan, vitamin atau herba nutrisi. Ubat preskripsi untuk kegunaan yang melebihi tempoh tiga puluh (30) hari selepas diizinkan keluar dari Hospital tidak akan dibayar balik.

7. Prosedur Diagnostik Pesakit Dalam Dan Fisioterapi Pesakit Dalam

Pembayaran balik Bayaran Munasabah Dan Biasa Diamalkan untuk Prosedur Diagnostik Pesakit Dalam dan Fisioterapi Pesakit Dalam yang berkaitan secara langsung dengan Hilang Upaya, dan yang Perlu Dari Segi Perubatan yang Rawatannya diberi kepada Orang yang Diinsuranskan sebagai Pesakit Dalam.

8. Bayaran Ambulans

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung untuk khidmat ambulans jalan domestik (termasuk atendan) ke dan/atau dari Hospital di mana Orang yang Diinsuranskan itu dimasukkan ke hospital. Bayaran tidak akan dibuat jika Orang yang Diinsuranskan itu tidak dimasukkan ke hospital dan tertakluk kepada had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

9. Kejururawatan, Peralatan Bilik Pembedahan dan Lain-Lain Bayaran Tambahan

Pembayaran balik untuk perkhidmatan kejururawatan am, Cukai Perkhidmatan Kerajaan ke atas bayaran Bilik dan Makan dan bayaran untuk perkhidmatan tambahan yang Perlu Dari Segi Perubatan, serta peralatan yang berkaitan secara langsung dengan Rawatan yang diterima oleh Orang yang Diinsuranskan sebagai Pesakit Dalam atau untuk Pembedahan Harian. Pembayaran tidak akan dibuat untuk perolehan, prosedur pengestrakan dan penanaman tisu dan sel (termasuk sel tunjang) yang diperlukan untuk rawatan.

10. Yuran Pakar Bedah

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk pembedahan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar, termasuk lawatan penilaian pra-pembedahan Orang yang Diinsuranskan oleh Pakar dan rawatan selepas pembedahan hingga bilangan hari maksimum dari tarikh pembedahan, tetapi dalam tempoh maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Jika lebih daripada satu (1) Pembedahan dijalankan bagi Mana-Mana Satu (1) Hilang Upaya, jumlah bayaran untuk semua pembedahan yang dijalankan tidak boleh melebihi jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

11. Yuran Pakar Bius

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan oleh Pakar Bius untuk pemberian bahan bius yang Perlu Dari Segi Perubatan tidak boleh melebihi had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

12. Yuran Bilik Pembedahan

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk Bilik Bedah yang berkaitan dengan prosedur pembedahan

13. Lawatan Harian Doktor Pakar Dalam Hospital

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan oleh Pakar Perubatan untuk lawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan ke atas pesakit dalam berbayar semasa dimasukkan ke hospital kerana pembedahan dan hilang upaya bukan pembedahan tertakluk kepada maksimum dua (2) lawatan sehari tidak melebihi bilangan hari maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

14. Manfaat Penjaga Harian Bagi Kanak-Kanak Yang Diinsuranskan (jika berkenaan)

Pembayaran balik (hingga had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat) belanja untuk penginapan yang ditanggung semasa menjaga Kanak-kanak yang Diinsuranskan (berumur kurang lima belas (15) tahun) di hospital hingga bilangan hari maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

15. Elaun Tunai Harian Hospital Kerajaan Malaysia

Membayar elaun harian kepada Orang yang Diinsuranskan yang tinggal di Hospital Kerajaan Malaysia bagi setiap hari yang penuh untuk Hilang Upaya yang dilindungi, dengan syarat kadar Bilik dan Makanan tidak melebihi amaun yang ditunjukkan dalam Jadual Manfaat.

Tiada pembayaran akan dibuat bagi apa-apa pemindahan ke atau dari mana-mana Hospital Swasta dan Hospital Kerajaan Malaysia untuk Hilang Upaya yang dilindungi.

16. Rundingan Pakar Pra-Hospital

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk rundingan oleh Pakar yang berkaitan dengan Hilang Upaya dalam bilangan hari maksimum dan jumlah seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat sebelum dimasukkan ke Hospital, dan dengan syarat rundingan itu Perlu Dari Segi Perubatan dan telah disyorkan secara bertulis oleh pengamal perubatan am yang memberikan rawatan.

Bersama dengan rundingan pakar, manfaat ini juga akan membayar balik kos ubatan preskripsi yang Perlu Dari Segi Perubatan bagi Kecederaan dan Penyakit yang berkaitan dengan Hilang Upaya sebelum Penghospitalan. Hanya kos ubatan yang digunakan dalam Rawatan Hilang Upaya akan dibayar dan mestilah disenaraikan dalam Indeks Bekalan Perubatan Malaysia (MIMS), tidak termasuk perubatan tradisional / pelengkap, perubatan tambahan, vitamin atau herba nutrisi.

Bayaran untuk manfaat rundingan pakar pra-hospital tidak akan dibuat untuk rawatan klinikal dan ubat-ubatan sekiranya Orang Yang Diinsuranskan tidak dimasukkan ke Hospital untuk Rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu.

17. Ujian Diagnostik Pra-Hospital

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk ECG, sinar-X dan ujian makmal yang Perlu Dari Segi Perubatan yang dijalankan di Hospital untuk tujuan diagnostik bagi Kecederaan atau Penyakit apabila berkaitan dengan Hilang Upaya sebelum dimasukkan ke hospital mengikut bilangan hari dan jumlah maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat dan yang disyorkan oleh pengamal perubatan yang layak. Bayaran tidak akan dibuat jika dalam khidmat diagnostik itu, Orang yang Diinsuranskan tidak perlu dimasukkan ke hospital untuk Rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu. Bayaran ubat dan rundingan yang dikenakan oleh pengamal perubatan tidak akan dibayar.

18. Rawatan Selepas Penghospitalan

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dalam rawatan susulan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar Perubatan yang sama yang telah memberikan rawatan, mengikut bilangan hari dan jumlah maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital untuk pembedahan atau hilang upaya bukan pembedahan. Ini hendaklah termasuk ubat yang dipreskripsikan dalam rawatan susulan tetapi tidak boleh melebihi bekalan yang diperlukan untuk bilangan hari maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

19. Rawatan Pesakit Luar Bagi Kemalangan Dan Kecemasan

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung hingga jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, bagi kecederaan anggota badan yang dilindungi yang timbul daripada Kemalangan untuk Rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan sebagai Pesakit Luar di mana-mana klinik atau Hospital berdaftar dalam tempoh dua puluh empat (24) jam dari masa berlaku Kemalangan yang menyebabkan kecederaan anggota badan yang dilindungi. Rawatan susulan oleh Doktor yang sama atau klinik atau Hospital berdaftar yang sama untuk kecederaan anggota badan yang dilindungi yang sama akan disediakan hingga jumlah maksimum dan bilangan hari maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

Sekiranya gigi asli yang sihat mengalami kecederaan akibat Kemalangan, Syarikat akan membayar balik kos Rawatan Pergigian bagi melegakan kesakitan kecuali prosedur pemulihan seperti pengkoronaan, penitian (bridging) serta rawatan kanal akar (root canal).

20. Rawatan Kanser Pesakit Luar

Jika Orang yang diinsuranskan didiagnosis menghidap kanser seperti yang dinyatakan di bawah, Syarikat akan membayar balik Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung untuk rawatan kanser yang Perlu Dari Segi Perubatan yang dijalankan di pusat rawatan kanser berdaftar yang sah atau Hospital, tertakluk kepada had bagi hilang upaya ini seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

Jenis Rawatan yang diklasifikasi sebagai rawatan kanser adalah terhad kepada radioterapi dan kemoterapi (suntikan atau oral), termasuk rundingan dan ujian pemeriksaan. Rawatan sedemikian mestilah diterima di atau dinasihatkan oleh jabatan pesakit luar Hospital atau pusat rawatan kanser berdaftar yang sah atau sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital selepas Pembedahan.

Kanser ditakrifkan sebagai sel malignan yang tumbuh dan merebak secara tidak terkawal, dan serangan serta pemusnahan tisu normal tersebut dianggap memerlukan rawatan perantaraan atau pembedahan utama (tidak termasuk prosedur endoskopi). Kanser mesti disahkan melalui tanda malignansi histologi.

Menjadi syarat khas bagi Manfaat ini, tanpa menyentuh pengecualian keadaan sedia ada, bahawa ia tidak akan dibayar untuk mana-mana Orang yang Diinsuranskan yang telah didiagnosis sebagai pesakit kanser dan/atau menerima rawatan kanser sebelum tarikh kuat kuasa Insurans.

21. Rawatan Dialisis Ginjal/Buah Pinggang Pesakit Luar

Jika Orang yang Diinsuranskan didiagnosis sebagai mengalami Kegagalan Ginjal/Buah Pinggang seperti yang dinyatakan di bawah, Syarikat akan membayar balik Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk rawatan dialisis ginjal/buah pinggang yang dijalankan di pusat dialisis berdaftar yang sah tertakluk kepada had hilang upaya ini seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

Rawatan tersebut (dialisis termasuk rundingan, ujian pemeriksaan, ubat yang dibawa pulang) hendaklah diterima di jabatan pesakit luar Hospital atau di pusat rawatan dialisis berdaftar sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital atau Pembedahan.

Kegagalan Ginjal/Buah Pinggang bermaksud kegagalan ginjal/buah pinggang peringkat akhir yang menyebabkan kegagalan kronik dan tidak boleh pulih kedua-dua ginjal/buah pinggang untuk berfungsi dan oleh itu dialisis renal perlu dimulakan. Menjadi syarat khas bagi Manfaat ini, tanpa menyentuh pengecualian keadaan sedia ada, bahawa ia tidak akan dibayar untuk mana-mana Orang yang Diinsuranskan yang mengalami penyakit renal kronik dan/atau menerima rawatan dialisis sebelum tarikh kuat kuasa Insurans.

22. Kematian Akibat Kemalangan

Amaun boleh dibayar atas kematian Orang yang Diinsuranskan akibat kecederaan langsung daripada Kemalangan. Kematian akan dipastikan melalui Sijil Kematian Rasmi

23. Pemindahan Perubatan Kecemasan Antarabangsa

Perbelanjaan Yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk pengangkutan kecemasan dan rawatan perubatan untuk memindahkan Orang yang Diinsuranskan yang berada dalam Keadaan Perubatan Kritikal semasa berada di luar Malaysia ke Hospital terdekat di mana rawatan dan kemudahan yang sewajarnya boleh didapati.

Keadaan Perubatan Kritikal bermakna suatu keadaan yang pada pendapat Syarikat merupakan kecemasan perubatan serius yang memerlukan Rawatan pemulihan segera bagi mengelakkan kematian atau kerosakan serius terhadap prospek kesihatan jangka pendek atau panjang Orang yang Diinsuranskan. Keseriusan keadaan perubatan akan dinilai dalam konteks lokasi geografi Orang yang Diinsuranskan, keadaan kecemasan perubatan dan adanya rawatan atau kemudahan perubatan yang wajar yang tersedia di tempat berkenaan. Syarikat memegang hak mutlak untuk memutuskan sama ada penyakit atau kecederaan Orang yang Diinsuranskan adalah cukup serius untuk mewajarkan pemindahan kecemasan perubatan. Seterusnya, Syarikat juga berhak untuk memutuskan tempat Orang yang Diinsuranskan akan dipindahkan dan cara atau kaedah pemindahan akan dijalankan dengan mengambil kira semua fakta dan keadaan yang telah dinilai yang mana diketahui oleh Syarikat pada waktu itu.

24. Penghantaran Balik Perubatan Kecemasan Antarabangsa

Pembayaran balik kos penghantaran balik Orang yang Diinsuranskan atau jenazahnya ke Malaysia sekiranya Orang yang Diinsuranskan mengalami hilang upaya keseluruhan dan kekal atau kematian yang disebabkan oleh Penyakit yang dilindungi atau Kemalangan semasa berada di luar Malaysia. Kematian akan dipastikan melalui sijil kematian rasmi. Syarikat berhak untuk memutuskan cara penghantaran balik sedemikian akan dijalankan dengan mengambil kira semua fakta dan keadaan yang telah dinilai yang mana diketahui oleh Syarikat pada waktu itu.

25. Penjagaan Kejururawatan di Rumah

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk perkhidmatan sepenuh masa oleh Jururawat berdaftar yang diberikan kepada Orang Yang Diinsuranskan yang Perlu Dari Segi Perubatan dan dipreskripsi oleh Pakar Perubatan atau Pakar Bedah untuk rawatan berterusan di rumah Orang Yang Diinsuranskan bagi keadaan perubatan tertentu yang didiagnos. Manfaat ini hanya akan dibayar selepas tiga (3) hari minima Penghospitalkan bermula dan dalam tempoh tujuh (7) hari selepas Penghospitalkan.

Manfaat Penjaga Kejururawatan di Rumah termasuk:

- (a) Terapi fizikal, pekerjaan atau pertuturan;
- (b) Terapi, rawatan bagi kelukaan, respiratori, penjagaan diabetes, penjagaan kolostomi, makan melalui tiub, suntikan dan pengurusan perubatan lain terhadap Orang Yang Diinsuranskan di rumah

Jagaan kawalan, makanan, perkhidmatan pengemasan am, peneman dan barangan keselesaan peribadi, atau sebarang perkhidmatan bagi aktiviti-aktiviti harian yang tidak Perlu Dari Segi Perubatan tidak akan dibayar.

Manfaat ini akan dibayar tidak melebihi had Hilang Upaya seperti di dalam Jadual Manfaat. Manfaat ini terhad kepada tempoh maksimum satu ratus lapan puluh (180) hari bagi Sepanjang Hayat.

26. Pembedahan Implan Perentak Jantung & Defibrillator

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk Implan Pembedahan Perentak Jantung dan Defibrillator dan preskripsi semasa pembedahan yang Perlu Dari Segi Perubatan tertakluk kepada had seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Perentak jantung dan defibrillator akan dilindungi untuk pertama kali implantasi dan tidak termasuk penggantian seterusnya, termasuk mana-mana bahagiannya.

27. Manfaat Rawatan Psikiatri

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk rawatan Psikiatri yang diberikan oleh Pakar Psikiatri yang berdaftar untuk keadaan berikut, tertakluk kepada had yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat:

- (a) Gangguan Depresi Yang Teruk
- (b) Gangguan Obsesif Kompulsif
- (c) Gangguan Tekanan Pasca-Traumatik
- (d) Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Polyphagia (makan terlalu banyak)
- (e) Skizofrenia
- (f) Gangguan Bipolar
- (g) Kebimbangan Yang Keterlaluan

Sila ambil perhatian bahawa:

- (a) manfaat ini tertakluk kepada pra-kebenaran daripada Generali

- (b) mesti menghubungi Generali untuk mendapatkan kelulusan bertulis mengenai rawatan yang dirancang tersebut dan kos yang dicadangkan sebelum rawatan bermula
- (c) rawatan mesti diberikan oleh Pakar Psikiatri yang berkecuali dan berdaftar

28. Kanta Intraokular

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk kanta intraokular bagi rawatan katarak atau kecederaan mata yang Perlu Dari Segi Perubatan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

29. Yuran Laporan Perubatan

Pembayaran balik yang dikenakan untuk menyelesaikan Laporan Perubatan sehingga had seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

PENGECUALIAN POLISI

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

1. Penyakit sedia ada.
2. Penyakit-penyakit Spesifik yang berlaku dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama bagi perlindungan berterusan.
3. Apa-apa keadaan perubatan atau fizikal yang berlaku dalam tempoh tiga puluh (30) hari pertama perlindungan atau tarikh pengembalian semula bagi Orang yang Diinsuranskan, mengikut mana-mana yang terakhir kecuali untuk Kecederaan Akibat Kemalangan.
4. Pembedahan plastik/kosmetik, berkhatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembetulan rabun dekat melalui pembiasan atau pembedahan (Keratotomy Radial atau Lasik), rabun jauh, astigmatisme dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik seperti anggota tiruan, alat pendengaran, kanta (kecuali untuk katarak) dan preskripsinya.
5. Keadaan pergigian termasuk rawatan pergigian, prosedur pemulihan (termasuk tetapi tidak terhad kepada "crowning", "bridging" dan rawatan "root canal" atau pembedahan oral kecuali untuk pembayaran balik kos untuk melegakan kesakitan Rawatan Pergigian akibat daripada Kemalangan pada gigi asli.
6. Kejururawatan khas, rehat pulih atau penjagaan kebersihan, ubat yang tidak dibenarkan, intoksikasi, pensterilan, penyakit kelamin dan lanjutannya, Sindrom Kurang Daya Tahan Melawan Penyakit (AIDS) atau ARC (yang berkaitan dengan sebarang bentuk penyakit AIDS) dan penyakit berkaitan Virus Kurang Daya Melawan Penyakit (HIV), dan apa-apa penyakit berjangkit yang memerlukan kuarantin oleh undang-undang.
7. Apa-apa rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.
8. Kehamilan, rawatan berkaitan kehamilan dan komplikasinya, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, menggugurkan kandungan dan jagaan serta pembedahan pranatal atau postnatum, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketidaksuburan. Kegagalan fungsi erektile dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pensterilan.
9. Penghospitalan terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis, pemeriksaan sinar-X, pemeriksaan fizikal atau perubatan am, tidak berkaitan dengan rawatan atau diagnosis Hilang Upaya yang dilindungi yang tidak Perlu Dari Segi Perubatan dan apa-apa rawatan pencegahan, ubat atau pemeriksaan pencegahan yang dijalankan oleh Pakar Perubatan, dan rawatan khusus untuk mengurangkan atau menaikkan berat badan.
10. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.
11. Perang atau apa-apa tindakan perang, diisytiharkan atau tidak diisytiharkan, aktiviti jenayah atau pengganas, bergiat cergas dalam mana-mana angkatan bersenjata, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan dan kekecohan awam atau penderhakaan tentera.
12. Radiasi pengionan atau pencemaran melalui radioaktiviti daripada mana-mana bahan api nuklear atau sisa nuklear daripada proses pembelahan nuklear atau daripada apa-apa bahan senjata nuklear.
13. Belanja yang ditanggung untuk menderma mana-mana organ tubuh oleh Orang yang Diinsuranskan dan kos pemerolehan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma ketika transplan organ dan komplikasinya.
14. Penyiasatan dan rawatan gangguan tidur dan dengkur, terapi penggantian hormon dan terapi pilihan seperti rawatan, khidmat atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada khidmat kiropraktik, akupunktur, akutekanan, refleksologi, pengikatan tulang, rawatan pakar herba, urut atau terapi aroma atau rawatan pilihan yang lain.
15. Jagaan atau rawatan yang pembayarannya tidak diperlukan atau setakat yang ia dibayar oleh mana-mana insurans lain atau tanggung rugi yang melindungi Orang yang Diinsuranskan dan Hilang Upaya yang timbul daripada tugas dalam pekerjaan atau kerjaya yang dilindungi di bawah Kontrak Insurans Pampasan Pekerja.
16. Psikotik, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya) dan apa-apa keadaan lain yang dikelaskan di bawah "Manual Diagnostik & Statistik bagi Kecelaruhan Mental (Kod-kod DSM-IV)" seperti yang diterbitkan oleh Persatuan Psikiatri Amerika, kecuali untuk manfaat seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.
17. Kos/belanja bagi perkhidmatan yang bersifat bukan perubatan, seperti televisyen, telefon, khidmat teleks, radio atau kemudahan yang serupa, kit/pek kemasukan dan barang bukan perubatan lain yang tidak layak.
18. Sakit atau kecederaan yang timbul daripada apa-apa jenis aktiviti yang menyalahi undang-undang, permainan sukan profesional, sebarang jenis perlumbaan (kecuali perlumbaan jalan kaki) atau sukan berbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjun udara, terjun bukit, terbang di dalam kapal terbang yang tidak berlesen atau sebagai pelajar, seni mempertahankan diri, panjatan bebas, pendakian gunung dengan atau tanpa tali, luncur air, menyelam skuba ke kedalaman melebihi 10 meter, menaiki ke ketinggian yang melebihi 2,500 meter, lompat bungee, merentas gaung,

meluncur di udara, penerbangan mikrolight, penerjunan payung terjun, pengembaraan dalam gua, meluncur di luar kawasan atau sebarang sukan musim sejuk di luar kawasan.

19. Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.
20. Belanja yang ditanggung untuk menukar jantina.
21. Sebarang rawatan ke atas perkembangan tertunda/atau kekurangan daya pembelajaran pada kanak-kanak yang Diinsuranskan.
22. Rawatan atau pembedahan kosmetik (estetik), atau sebarang Rawatan yang berkenaan atau yang diperlukan akibat rawatan kosmetik sebelum ini. Walaubagaimanapun, kami akan membayar perbelanjaan untuk pembedahan pengembalian semula jika:
 - (a) ia dilaksanakan untuk mengembalikan fungsi selepas satu Kemalangan atau Pembedahan berikutnya untuk keadaan perubatan, dengan syarat ahli tersebut masih secara berterusan berada di bawah perlindungan pelan kami sebelum berlakunya Kemalangan atau Pembedahan; dan
 - (b) ia dilaksanakan pada masa yang sesuai dari segi perubatan selepas Kemalangan atau Pembedahan itu; dan
 - (c) Kami bersetuju terhadap kos rawatan secara bertulis sebelum perlaksanaannya.
23. Sebarang rawatan yang hanya menawarkan kelegaan simptom buat sementara bagi sebarang penyakit jangka panjang tetapi bukan menangani keadaan perubatan yang sebenarnya.

SYARAT-SYARAT POLISI

1. Pindaan

Syarikat berhak meminda atau mengubah syarat-syarat Polisi ini pada mana-mana tarikh pembaharuan dengan memberi notis terdahulu kepada Pemegang Polisi 30 hari secara bertulis. Sekiranya Pemegang Polisi memilih untuk memperbaharui Polisi selepas pemberitahuan tersebut diberikan, Pemegang Polisi dianggap telah menerima pindaan atau perubahan tersebut.

2. Pembatalan

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

Tempoh Tidak Melebihi	Bayaran Balik Premium Tahunan
15 hari (untuk pembaharuan sahaja)	90%
1 bulan	80%
2 bulan	70%
3 bulan	60%
4 bulan	50%
5 bulan	40%
6 bulan	30%
7 bulan	25%
8 bulan	20%
9 bulan	15%
10 bulan	10%
11 bulan	5%
Melebihi 11 bulan	Tiada bayaran balik

3. Perakuan, Maklumat Dan Bukti

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

4. (i) Kewajipan Pendedahan

Apabila anda memohon Insurans ini sepenuhnya bagi tujuan yang tidak berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion Anda, Anda mempunyai kewajipan untuk mengambil penjagaan munasabah untuk tidak membuat salah nyataan semasa menjawab soalan-soalan di dalam Borang Cadangan (atau semasa permohonan insurans ini). Dalam kata lain, anda haruslah menjawab soalan-soalan dengan penuh dan tepat. Kegagalan dalam mengambil penjagaan munasabah dalam menjawab soalan-soalan boleh mengakibatkan pembatalan kontrak insurans anda, penolakan atau pengurangan tuntutan, perubahan kepada terma atau pembatalan kontrak insurans anda selaras dengan remedi Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013. Anda juga dikehendaki mendedahkan perkara-perkara lain yang Anda tahu akan mempengaruhi keputusan pihak Kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang akan dikenakan.

Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu Kami dengan serta-merta sekiranya sebarang maklumat yang diberikan dalam Borang Cadangan (atau semasa permohonan insurans ini) tidak tepat atau telah berubah pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

(ii) Penipuan

Jika sebarang tuntutan yang dibuat berbentuk penipuan atau ditokok-tambah, atau sebarang perakuan atau kenyataan palsu dibuat untuk menyokong tuntutan tersebut, maka Polisi ini adalah terbatal.

5. Silap Nyata Umur

Jika umur Orang yang Diinsuranskan telah tersilap nyata dan akibatnya premium yang dibayar tidak mencukupi, maka apa-apa tuntutan yang dibayar di bawah Polisi ini hendaklah dikira secara pro rata berasaskan nisbah premium sebenar yang dibayar dengan premium yang betul yang

sepatutnya dikenakan selama setahun. Apa-apa premium yang berlebihan, yang mungkin telah dibayar akibat silap nyata umur, hendaklah dibayar balik tanpa faedah.

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

6. Tempoh Perlindungan dan Pembaharuan

Polisi ini hendaklah berkuat kuasa mengikut tarikh yang dinyatakan pada Jadual. Ulang Tahun Polisi adalah satu tahun selepas tarikh kuat kuasa dan setiap tahun berikutnya. Pada setiap ulang tahun itu, Polisi ini boleh dibaharui pada kadar premium yang berkuatkuasa pada masa itu dan sebarang perubahan pada pembaharuan premium akan dimaklumkan oleh Syarikat melalui surat sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari sebelum perubahan itu berkuatkuasa. Adalah bukan kewajipan Syarikat untuk memberi notis mengenai premium yang harus dibayar untuk pembaharuan dan tarikh Polisi tamat adalah dianggap tarikh premium harus dibayar dan ini mesti dijelaskan dalam tempoh tiga puluh (30) hari kemudiannya. Walau bagaimanapun, dalam tempoh tiga puluh (30) hari tersebut, Syarikat masih bertanggungjawab ke atas perlindungan insurans sehingga pada hari terakhir premium patut dijelaskan kecuali Syarikat atau Orang yang Diinsuranskan telah mengeluarkan notis bahawa insurans tidak akan diperbaharui.

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

Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan pemegang polisi sehingga berlaku mana-mana yang berikut:

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

7. Undang-Undang Yang Mengawal Polisi

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

8. Perubahan Dalam Risiko

Anda hendaklah segera memberikan notis secara bertulis kepada Kami dengan segera jika terdapat perubahan kepada fakta, keadaan, tahap atau jumlah risiko yang wujud pada permulaan Polisi ini atau dalam tempoh insurans atau pada tarikh pembaharuan berikutnya. Setelah pemberitahuan sedemikian, Kami mungkin mengubah syarat Polisi ini dan/atau mengenakan premium tambahan seperti yang Kami tentukan yang bersesuaian dengan keadaan. Sekiranya Anda memilih untuk tidak menerima variasi syarat Polisi atau kadar premium baru, Anda boleh menamatkan Polisi ini sesuai dengan syarat-syarat yang dinyatakan di sini.

9. Subrogasi

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

10. Sumbangan

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

11. Bayaran Bersama Bilik dan Makan Dinaik Taraf

Jika Orang yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital pada kadar Bilik dan Makan yang diumumkan yang lebih tinggi dan lebih baik daripada manfaat yang dia layak, Orang yang Diinsuranskan perlu membayar perbezaan harga Bilik & Makanan sahaja.

12. Pemilikan Polisi

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

13. Tempoh Tangguh

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

14. Pengambilalihan Polisi

Jika polisi ini bermula sebaik sahaja selepas penamatan polisi terdahulu dan jika Orang yang Diinsuranskan mengalami hilang upaya perubatan sebelum atau pada masa polisi ini bermula (dan manfaat di bawah polisi terdahulu disediakan untuknya), Orang yang Diinsuranskan itu hendaklah terus dilindungi bagi hilang upaya sedia ada, tetapi tidak melebihi had polisi terdahulu dengan syarat Syarikat telah memperoleh satu salinan polisi terdahulu.

15. Pengubahan Pelan

Sebarang kenaikan di dalam perlindungan insurans bagi Orang yang Diinsuranskan yang disebabkan oleh pengubahan pelan akan hanya berkuatkuasa pada tarikh ulang tahun polisi berikutnya dengan syarat pengubahan tersebut diluluskan oleh Syarikat. Kenaikan tersebut di dalam perlindungan insurans adalah tertakluk selanjutnya pada bukti kesihatan yang memuaskan kepada Syarikat.

16. Polisi Dinaik Taraf

Jika Manfaat Layak Diterima bagi mana-mana Orang yang Diinsuranskan di bawah syarat Polisi ini ditambah semasa ia berkuat kuasa atau pada masa Pembaharuan atau penggantian dan jika Orang yang Diinsuranskan sedemikian telah mengalami Hilang Upaya sebelum atau pada masa Manfaat ditambah, maka Had Manfaat yang boleh dibayar bagi Hilang Upaya sedemikian hendaklah tidak melebihi Had Manfaat sebelum tarikh Manfaat itu dinaik taraf.

17. Polisi Pengubahan

Jika Manfaat Layak Diterima yang disediakan di bawah Polisi ini telah diubah daripada perlindungan 'Had Dalam' sedia ada kepada perlindungan 'Pembayaran Balik Mengikut Bayaran/Penuh', dan jika Orang yang Diinsuranskan itu mengalami Hilang Upaya sebelum atau pada masa Manfaat diubah, manfaat yang dibayar bagi Hilang Upaya itu hendaklah selaras dengan Jadual Manfaat sebelum tarikh Manfaat Layak Diterima diubah.

18. Pengubahan SmartCare Optimum Plus dengan pilihan Deduktibel

Untuk pengubahan polisi SmartCare Optimum Plus Dengan Deduktibel kepada pilihan SmartCare Optimum Plus tanpa Deduktibel, Orang yang Diinsuranskan tidak perlu membuat perisytiharan kesihatan kepada Syarikat. Pengubahan tertakluk kepada syarat-syarat berikut:

- (a) umur Orang yang Diinsuranskan pada hari jadi berikutnya ialah enam puluh lima (65) atau kurang,
- (b) perlindungan untuk Orang yang Diinsuranskan telah berkuatkuasa berterusan selama sekurang-kurangnya 2 tahun polisi,
- (c) pengubahan hanya dibenarkan semasa pembaharuan polisi,
- (d) pengubahan adalah untuk pelan yang sama sahaja,
- (e) Orang yang Diinsuranskan hendaklah membuat permintaan secara bertulis kepada Syarikat,
- (f) premium tambahan yang sepatutnya mesti dibayar,
- (g) mana-mana tambah beban dan/atau pengecualian akan diteruskan seperti Polisi asal dengan Deduktibel, dan
- (h) satu (1) penukaran dibenarkan dalam Sepanjang Hayat.

19. Tempoh Bertenang

Jika Polisi ini telah dikeluarkan dan atas apa-apa alasan, Orang yang Diinsuranskan membuat keputusan untuk tidak mengambil Polisi itu, Orang yang Diinsuranskan itu boleh mengembalikan Polisi itu kepada Syarikat untuk pembatalan dengan syarat permohonan untuk pembatalan diserahkan oleh Orang yang Diinsuranskan kepada Syarikat dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh penyerahan Polisi. Orang yang Diinsuranskan itu layak menerima pulangan penuh premium yang telah dibayar tolak belanja perubatan yang ditanggung oleh Syarikat untuk mengeluarkan Polisi tersebut.

20. Syarikat Penarikan Balik Portfolio

Syarikat berhak membatalkan portfolio secara keseluruhan jika ia memutuskan untuk menghentikan penanggung jaminan produk insurans ini.

Pembatalan portfolio secara keseluruhan hendaklah diberitahu melalui notis bertulis kepada pemegang polisi dan Syarikat akan menghentikan semua polisi hingga ke tarikh tamat tempoh perlindungan dalam portfolio.

21. Prosedur Tuntutan

(a) Orang yang Diinsuranskan hendaklah dalam tempoh tiga puluh (30) hari Hilang Upaya yang melibatkan belanja boleh tuntutan, memberikan notis bertulis kepada Syarikat dengan menyatakan butiran lengkap kejadian tersebut, termasuk semua bil dan resit asal, serta laporan lengkap Pakar Perubatan yang menyatakan diagnosis keadaan yang dirawat dan tarikh Hilang Upaya bermula mengikut pendapat Pakar Perubatan dan rumusan kos rawatan oleh Pakar Perubatan termasuk ubat dan khidmat yang diberikan. Kegagalan memberikan notis tersebut dalam tempoh yang dibenarkan tidak boleh membatalkan apa-apa tuntutan jika ditunjukkan tidak munasabah untuk memberikan notis itu dan notis itu telah diberikan secepat yang mungkin.

(b) Orang yang Diinsuranskan hendaklah mendapatkan dan bertindak berdasarkan nasihat perubatan yang sewajarnya dan Syarikat tidak bertanggungjawab jika Rawatan atau khidmat diperlukan berikutan kegagalan Orang yang Diinsuranskan berbuat demikian.

22. Tuntutan Tidak Lengkap

Semua tuntutan hendaklah diserahkan kepada Syarikat dalam tempoh tiga puluh (30) hari setelah kejadian itu selesai yang untuknya tuntutan itu dibuat. Tuntutan tidak dianggap lengkap dan Manfaat Layak Diterima tidak akan dibayar kecuali semua bil untuk tuntutan itu telah diserahkan dan dipersetujui oleh Syarikat. Hanya kos sebenar yang ditanggung akan dipertimbangkan untuk pembayaran balik. Apa-apa perbezaan atau penepian bagi perkara di atas adalah mengikut budi bicara Syarikat semata-mata.

23. Mata Wang Bayaran

Semua bayaran di bawah Polisi ini hendaklah dibuat dalam mata wang Malaysia yang sah. Sekiranya apa-apa bayaran yang diminta oleh Orang yang Diinsuranskan supaya dibayar dalam mata wang lain, maka jumlah tersebut hendaklah dibayar dalam mata wang yang diminta seperti yang boleh dibeli di Malaysia pada kadar pasaran mata wang semasa pada tarikh penyelesaian tuntutan.

24. Prasyarat Liability

Pematuhan dan pelaksanaan terma, peruntukan dan syarat Polisi ini dengan sewajarnya oleh Orang yang Diinsuranskan dan selagi berkaitan dengan apa-apa yang perlu dilakukan atau dipatuhi oleh Orang yang Diinsuranskan hendaklah menjadi prasyarat apa-apa liabiliti Syarikat.

25. Notis

Sehubungan dengan sebarang komunikasi antara Anda dan Kami termasuk, tanpa had, pemberian apa-apa notis atau permintaan di bawah Polisi ini:

Anda akan –

- (a) menulis kepada Jabatan Perkhidmatan Pelanggan Kami; atau
- (b) e-melkan Kami di customer.service.qi@generali.com.my; dan

Kami akan -

- (a) menulis kepada Anda di alamat yang diberikan kepada Kami dalam borang anda untuk Polisi ini atau di alamat Anda yang terakhir dimaklumkan kepada Kami secara bertulis;
- (b) e-mel Anda di alamat e-mel yang diberikan kepada Kami dalam borang Anda untuk Polisi ini atau di alamat e-mel Anda yang terakhir dimaklumkan kepada Kami secara bertulis; atau
- (c) berkomunikasi dengan Anda melalui telefon bimbit atau sebarang bentuk pesanan elektronik yang Kami mungkin menganggap sesuai pada nombor kontak atau alamat elektronik yang telah Anda berikan kepada Kami.

Sekiranya dihantar melalui pos, pemberitahuan atau permintaan, jika ditangani dengan betul, akan dianggap telah diterima pada hari ketujuh selepas pengeposan. Sekiranya dihantar melalui e-mel, telefon bimbit atau sebarang bentuk pesanan elektronik, notis atau permintaan akan dianggap telah diterima pada hari ia telah dihantar.

26. Prosiding Undang-Undang

Tindakan undang-undang atau ekuiti tidak boleh dibawa ke mahkamah untuk mendapatkan semula Polisi ini sebelum tamat tempoh enam puluh (60) hari selepas bukti bertulis tentang kerugian diberikan menurut keperluan Polisi ini. Jika Orang yang Diinsuranskan gagal memberikan bukti kerugian yang diperlukan seperti yang dinyatakan oleh terma, peruntukan dan syarat Polisi, maka Orang yang Diinsuranskan boleh, dalam tempoh bertenang bagi satu (1) tahun kalendar dari masa bukti bertulis bagi kerugian itu diberikan, menyerahkan bukti kerugian yang berkaitan kepada Syarikat dengan alasan yang kukuh kerana kegagalan mematuhi terma, peruntukan dan syarat Polisi. Penerimaan bukti kerugian itu adalah semata-mata dan sepenuhnya mengikut budi bicara Syarikat. Selepas tempoh bertenang itu tamat, Syarikat tidak akan menerima, walau dengan apa-apa alasan sekalipun, bukti bertulis tentang kerugian itu.

27. Penyelesaian Pertikaian

Sekiranya terdapat perselisihan yang berkaitan dengan Polisi ini, anda dan kami bersama-sama bersetuju untuk terlebih dahulu berusaha menyelesaikan perselisihan secara damai dengan mediasi sesuai dengan Akta Mediasi 2012; jika perselisihan tidak dapat diselesaikan dengan mediasi tersebut, perselisihan tersebut boleh dirujuk ke Mahkamah yang mempunyai bidang kuasa yang kompeten di Malaysia.

28. Fasal Had Sekatan

Tiada syarikat insurans atau reinsurans boleh dianggap memberi perlindungan dan tiada syarikat insurans atau reinsurans bertanggungjawab membayar sebarang tuntutan atau memberi sebarang manfaat di bawah polisi ini sekiranya peruntukan perlindungan, pembayaran tuntutan atau peruntukan manfaat tersebut akan mendedahkan syarikat insurans atau reinsurans kepada mana-mana sekatan, larangan atau batasan di bawah resolusi Majlis Keselamatan Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu (UNSC), undang-undang atau peraturan-peraturan Kesatuan Eropah, Amerika Syarikat atau Malaysia.

Cukai Perkhidmatan

Premium yang perlu dibayar oleh anda adalah tertakluk kepada Akta Cukai Perkhidmatan 2018, termasuk mana-mana perundangan, perintah atau peraturan subsidiari yang mengawal penggunaan cukai tersebut, seperti yang mungkin dikenakan, atau dipinda oleh pihak berkuasa yang berkaitan dari semasa ke semasa.

Apabila kami membayar tuntutan, amaun tuntutan yang dibayar (termasuk sebarang cukai perkhidmatan yang dikenakan oleh pihak berkuasa yang berkaitan) akan tertakluk kepada jumlah diinsuranskan atau had insurans yang dilindungi di bawah Polisi.

Notis Data Privasi

Anda dengan ini bersetuju bahawa dengan menggunakan perkhidmatan kami dan memberikan data peribadi anda kepada kami, anda bersetuju dengan pengumpulan, penggunaan, pendedahan dan/atau pemprosesan data peribadi anda oleh Generali seperti yang dinyatakan di dalam Notis Data Privasi yang tersedia di laman web kami www.generali.com.my. Kami berhak untuk mengemas kini dan meminda Notis Data Privasi kami dari semasa ke semasa. Kami akan memaklumkan kepada anda tentang sebarang pindaan kepada Notis Data Privasi kami melalui pengumuman di laman web kami atau cara lain yang sesuai.