

HEALTHCARE

SMARTCARE OPTIMUM PLUS



Member of PIDM

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





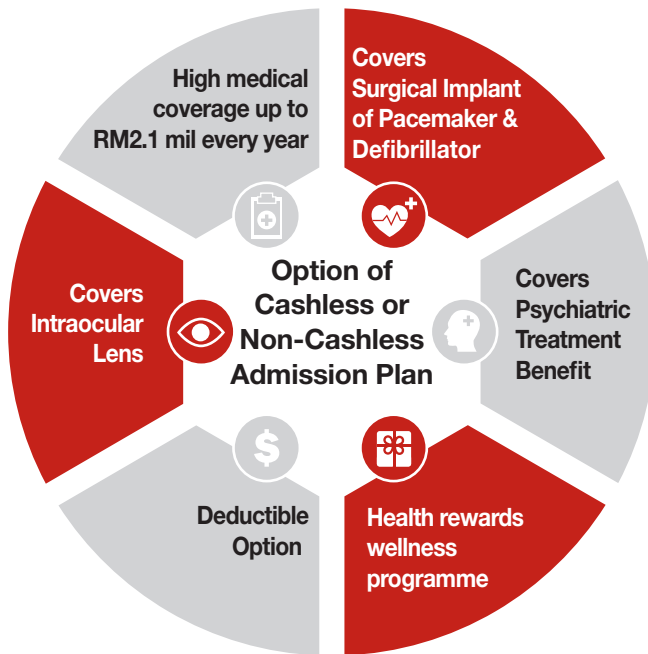
Get comprehensive protection for you and your loved ones against escalating medical costs, so you can focus on a healthy recovery!

Comprehensive medical care

An all-in-one medical plan that protects you against rising medical costs. Choose from 5 plan options designed to fit different lifestyle needs.

■ Schedule of Benefits

PLANS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN 5
Overall Annual Limit (for Section A and Section B only)	RM2.1 million	RM1.5 million	RM1.1 million	RM100,000	RM50,000
SECTION A: IN-PATIENT & DAYCARE SURGICAL PROCEDURE (per disability)					
Room & Board, daily maximum Total number of days	RM500 180 days	RM350 180 days	RM180 180 days	RM150 180 days	RM100 180 days
Intensive Care Unit, daily maximum Total number of days	Full Reimbursement 180 days				
Ambulance Fees	Full Reimbursement				
Insured Child's Daily Guardian Benefit (for child below 15 years old, up to 180 days)	Full Reimbursement				
Prescription Drugs	Full Reimbursement				
Nursing, Theatre Consumables & other Ancillary Charges	Full Reimbursement				
Surgeon's Fees Anaesthetist's Fee Diagnostic Procedures & Physiotherapy In-Hospital Physician Fee (2 visits per day)	Full Reimbursement subject to Overall Annual Limit provided the charges are within the recommendations of the Malaysian Medical Association Guidelines and Reasonable and Customary charges.				
Operating Theatre	Full Reimbursement				
Surgical Implant of Pacemaker & Defibrillator	RM20,000				
Intraocular Lens	Up to RM1,000 per eye				
Medical Report Fee	RM100				
Daily Government Hospital Cash Allowance (per day) Total numbers of days	RM100 180 days				
SECTION B: OUT-PATIENT TREATMENT (per disability)					
Consultation & Diagnostic Procedures within 60 days before hospital confinement	Full Reimbursement				
Post-Hospitalisation Care within 90 days from hospital discharge	Full Reimbursement				
Accident & Emergency Treatment within 60 days from the date of the accident	Full Reimbursement				
Out-patient Kidney Dialysis Treatment	Full Reimbursement				
Out-patient Cancer Treatment	Full Reimbursement				
SECTION C: SPECIAL BENEFITS (additional limit on top of the Overall Annual Limit)					
Accidental Death	RM3,000				
In-Patient & Out-Patient Psychiatric Treatment Benefit of the following: • Major Depressive Disorder • Obsessive Compulsive Disorder (OCD) • Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) • Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Polyphagia (compulsive over-eating) • Schizophrenia • Bipolar Disorder • Anxiety	RM3,000 per annum				
International Emergency Medical Evacuation and Repatriation, per annual maximum	RM500,000	RM50,000			
Home Nursing Care, up to 180 days, lifetime maximum	RM6,000	RM5,000	RM4,000	RM3,000	RM2,000



IMPORTANT INFORMATION

1. Needs and Affordability

You should satisfy yourself that this plan will best serve your needs and that the premium payable under the policy is an amount that you can afford.

2. Premium Computation

The Standard Annual Premiums are quoted based on your status of health and occupational duties being satisfactory to us. If there are adverse variations to the health and occupation status as declared in the Application Form, the Premiums and Policy Terms and Conditions may be adjusted according to the increased risk exposure. The premium is charged according to your age next birthday at entry. There is an additional of 15% loading for Occupation Class 3. All occupations under Class 4 are not covered by this plan. Renewal Premiums payable will increase with age.

3. Residence Overseas

No benefit whatsoever shall be payable for any medical treatment you received outside Malaysia, Singapore and Brunei, if you reside or travel outside Malaysia, Singapore and Brunei for more than 90 consecutive days.

4. Overseas Treatment

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

5. Cooling-off Period

If you decide not to take up the policy after it has been issued, you may return the policy to us for cancellation within 15 days from the date of issue provided no claim has been made. You are entitled to the return of the full premium paid less deduction of expenses incurred by the Company in the issue of the policy.

6. Automatic Termination

If you don't pay the premiums or if you fail to pay the premiums when due, your policy will be terminated automatically.

7. Claim Procedure

For Insured Persons who opted for Cashless Admission Plan, a Generali e-Healthcare Card will be given. The e-medical card is to facilitate admission to Generali Insurance Malaysia Berhad **Panel Hospitals ONLY**. The panel hospital listing is available in our website: www.generali.com.my/contact-us. We will obtain the completed Medical Report from your attending physician and relevant investigation or diagnostic reports (which may take 1 to 2 hours). It is best for you to arrange such report before hospital admission for pre-planned treatment. You may be required to make personal deposit as required by the hospital's regulations.

After validation of the completed medical report and information to determine that the condition requiring treatment is a covered condition under the policy, an initial Guarantee Letter will be issued to the hospital for your admission, subject to the benefit limits.

Upon discharge, the hospital will provide the final diagnosis and itemised bill for us to settle the valid medical bill (which may take 1 to 2 hours). Any ineligible or excess expenses not covered are to be settled by you.

In the circumstances that your preliminary diagnosis may not be easily ascertainable or that your condition requiring treatment may not be covered under the policy, you are advised to pay for your own treatment first and file a claim after discharge.

Please notify us within 30 days of any occurrences for admission to non-panel hospital, out-patient treatment or any claim which has been settled by you. Please submit the claim form, original itemised bills, receipts and other relevant claims documents to us for processing.

The cashless benefit applies to hospital admissions at any of our panel hospitals in Malaysia only. Non-panel hospital admissions, pre-hospitalisation, consultations, diagnostic procedures, emergency accidental outpatient treatment and post-hospitalisation costs are on reimbursement basis.

For Insured Persons who opted for Non-Cashless Admission Plan, no Generali e-Healthcare Card will be given. You will be required to pay the hospital bill upon discharge and notify us within 30 days of any occurrences for admissions, outpatient treatment or any claim which has been settled by you. Please submit the claim form, original itemised bills, receipts and other relevant claims documents to us for processing.

DEFINITIONS

1. Occupation Classes

Class 1: Persons engaged in professional, administration, managerial, clerical and non-manual occupations generally.

Class 2: Persons engaged in work of a supervisory nature and others not in Class 1 whose duties may involve occasional light manual work but not using tools or machinery or not exposing them to any special hazard. Persons who are required to travel outside office for Business or Professional purposes but not engaging in manual labour.

Class 3: Persons engaged in manual work not of particularly hazardous nature but involving the use of tools or light machinery.

Class 4: Persons engaged in heavy manual work involving the use of heavy tools and machinery.

2. Pre-existing Illness

Pre-existing Illness shall mean Disabilities that the Insured Person has reasonable knowledge of. An Insured Person may be considered to have reasonable knowledge of a pre-existing condition where the condition is one for which:

- the Insured Person had received or is receiving treatment;
- medical advice, diagnosis, care or treatment has been recommended;
- clear and distinct symptoms are or were evident; or
- its existence would have been apparent to a reasonable person in the circumstances.

3. Specified Illnesses

Specified Illnesses shall mean the following Disabilities and its related complications, occurring within the first 120 days of insurance of the Insured Person:

- Hypertension, diabetes mellitus and cardiovascular disease
- All tumours, cancers, cysts, nodules, polyps, stones of the urinary system and biliary system
- All ear, nose (including sinuses) and throat conditions
- Hernias, haemorrhoids, fistulae, hydrocele, varicocele
- Endometriosis including disease of the reproduction system
- Vertebro-spinal disorders (including disc) and knee conditions

4. Waiting Period

Waiting Period shall mean the first 30 days between the beginning of an Insured Person's disability and the commencement of this policy date/reinstatement date and is applied only when the person is first covered. This shall not be applicable after the first year of cover. However, if there is a break in insurance, the Waiting Period will apply again.

EXCLUSIONS

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

- Pre-existing illness.
- Specified Illnesses occurring during the first 120 days of continuous cover.

3. Any medical or physical conditions arising within the first 30 days of the Insured Person's cover or date of reinstatement whichever is latest except for accidental injuries.
4. Plastic/Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness (Radial Keratotomy or Lasik), longsightedness, astigmatism and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, lens (except for cataract) and prescriptions thereof.
5. Dental conditions including dental treatment or oral surgery except as necessitated by Accidental Injuries to sound natural teeth occurring wholly during the Period of Insurance.
6. Private nursing, rest cures or sanitarium care, illegal drugs, intoxication, sterilisation, venereal disease and its sequelae, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or ARC (AIDS Related Complex) and HIV related diseases, and any communicable diseases required quarantine by law.
7. Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions.
8. Pregnancy, pregnancy related or its complication, child birth (including surgical delivery), miscarriage, abortion, 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 examination, general physical or medical examinations, not incidental to treatment or diagnosis of a covered Disability or any treatment which is not Medically Necessary and any preventive treatments, preventive medicines or examinations carried out by a Physician, and treatments specifically for weight reduction or gain.
10. Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while sane or insane.
11. Expenses incurred for donation of any body organ by an Insured Person and costs of acquisition of the organ including all costs incurred by the donor during organ transplant and its complications.
12. Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical service or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bonesetting, herbalist treatment, massage or aroma therapy or other alternative treatment.
13. Psychotic, mental or nervous disorders (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations) and any other conditions classified under the "Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV Codes)" as published by American Psychiatric Association, except for the benefit as set forth in the Schedule of Benefits.
14. 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.
15. Expenses incurred for sex changes.

The major benefits as presented in this brochure are further subjected to exclusions and limitations.

Please refer to the policy contract for the full listing of these exclusions and limitations as the contents in the brochure are not exhaustive.

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

1. Who is eligible to join?

If you are in the age group of 1 to 65 as of your next birthday, you are eligible to join. We offer renewal up to age 100 provided you were already a member on your 65th birthday. Dependent children (unmarried & unemployed) must be above 15 days and under 19 years of age, or under 23 years of age if the child is still pursuing full-time higher education in Malaysia. If a policy is taken up for one member only, who is a child below 2 years of age, the child's health records have to be submitted for underwriting review.

2. Is there a surgical schedule?

No. There is no surgical schedule. Surgical fees are payable on a full compensation basis.

3. What is cashless admission?

This means that you don't have to pay the full hospital bills if you are admitted to one of our **Generali Insurance Malaysia Berhad PANEL HOSPITALS**. Generali will pay, provided the nature of accident or illness is covered under the policy. You may be required to make deposit payments as required by the hospital's regulations.

Kindly note that Generali Insurance Malaysia Berhad reserves the right to update & vary the hospital listing as and when deemed necessary. The panel hospital listing is available in our website: www.generali.com.my/contact-us

4. Does the policy cover Daycare Procedures?

Yes, the policy covers the fees charged by the hospital or specialist centre and for all professional fees charged for minor Daycare Surgical Procedures performed as an out-patient without confinement in hospital. Examples of Daycare Surgical Procedures include minor operations such as but not limited to: Cataract Removal, Cholecystectomy, Colonoscopy, Simple Excision of Pilonidal Cyst, Haemorrhoidectomy, Tonsillectomy. The claims will be on a reimbursement basis where you are required to pay and claim for reimbursements later.

5. What does international emergency medical assistance provide?

It provides 24 hours telephone medical consultation, telephone referral to doctors and hospitals, emergency medical evacuation and repatriation services outside Malaysia.

6. Are the premiums guaranteed?

We may change the premiums in the future as the premium rates are not guaranteed. If we need to change, this will be based on our overall experience in underwriting this class of business and any changes in premiums will be notified and made on your policy anniversary.

7. Is the renewal guaranteed?

There is no selective Renewal Loading or Exclusion on individual if a claim is made during previous year. No restriction on lifetime limit and full annual limit is restated at Policy Renewal. However, the renewal of the policy is at the option of Policyholder until the occurrence of any of the following:

- a) non-payment of premiums or premiums not made on time
- b) fraud or misrepresentation of material fact during application
- c) the policy is cancelled at the request of the Policyholder
- d) the death of the Policyholder or an Insured Person
- e) the Insured Person ceases to qualify as a dependent based on the definition of the policy
- f) the Insured Person attains the coverage age limit specified
- g) termination of coverage for all policies in a certain market

8. What are the disadvantages on switching policy from one insurer to another?

One of the main disadvantages is that if your current health status is less favourable to the new insurer, new terms may be imposed to exclude such illness. To ensure continuous cover is provided, you are advised to check with us on the accepting terms prior to your policy expiry date.

9. Is medical examination required?

For applicants who are aged 55 (next birthday) and above, a medical examination and blood test are required for underwriting purposes. The cost of these tests will be borne by the applicant. For other ages, we may request for medical examination if deemed necessary.

Generali Insurance Malaysia Berhad

197501002042 (23820-W)

Generali Customer Service Centre

Level 1, Menara Generali,
27 Jalan Sultan Ismail, 50250 Kuala Lumpur, Malaysia.

 www.generali.com.my

 1 300 13 2121 or +603 3007 2121

 customer.service.gi@generali.com.my

Generali Insurance Malaysia Berhad is licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia.

BNMLINK information for complaints / enquiries:

4th Floor, Podium Bangunan AICB, No. 10, Jalan Dato' Onn, 50480 Kuala Lumpur.

Tel: 1-300-88-5465 (Overseas: +603 2174 1717) BNMLINK Webpage: bnm.gov.my/BNMLINK

This brochure is not a contract of insurance. The precise terms, conditions and definitions are specified in the insurance policy.

Important Note:

1. Read this brochure before you decide to take out the SmartCare Optimum Plus Insurance Policy. Be sure to also read through the general terms and conditions of the Product Disclosure Sheet.
2. You should read and understand the insurance policy and discuss with the intermediary or contact us directly for more information.



PENJAGAAN KESIHATAN

SMARTCARE OPTIMUM PLUS



DENGAN
PELAN YANG LAGI
MAMPU MILIK

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)



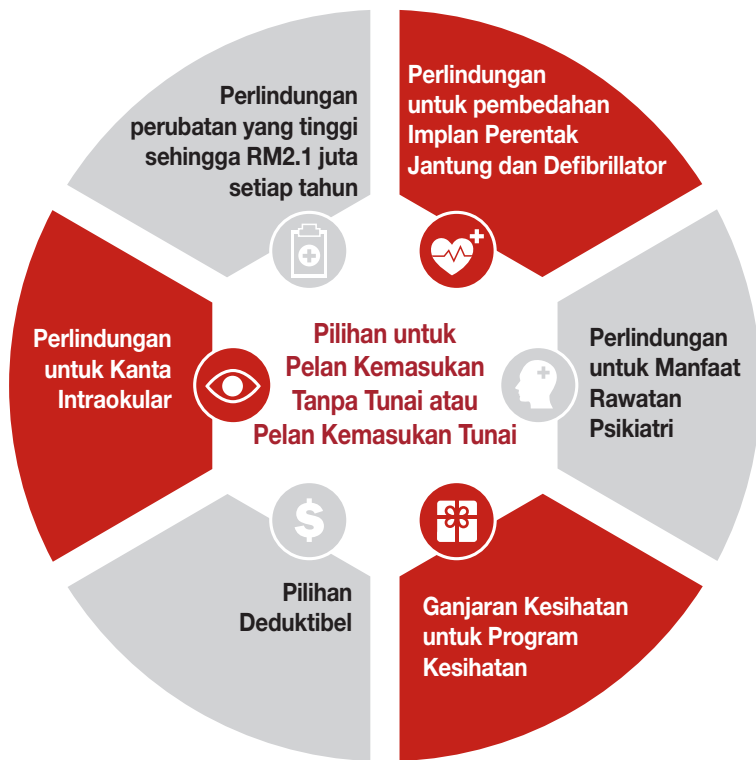
Dapatkan perlindungan yang lengkap untuk diri anda dan orang tersayang terhadap peningkatan kos perubatan, supaya anda atau keluarga anda boleh memberi tumpuan kepada pemulihan yang sihat!

Penjagaan perubatan lengkap

Ini merupakan semua-dalam-satu pelan perubatan yang melindungi anda daripada peningkatan kos perubatan. Pilih daripada 5 pilihan pelan yang direka untuk memenuhi keperluan gaya hidup yang berbeza.

Jadual Manfaat

PELAN	PELAN 1	PELAN 2	PELAN 3	PELAN 4	PELAN 5
Had Tahunan Keseluruhan (untuk Seksyen A dan Seksyen B sahaja)	RM2.1 Juta	RM1.5 Juta	RM1.1 Juta	RM100,000	RM50,000
SEKSYEN A: PESAKIT DALAM & PROSEDUR PEMBEDAHAN HARIAN (setiap hilang upaya)					
Bilik & Makanan, maksimum setiap hari Jumlah hari	RM500 180 hari	RM350 180 hari	RM180 180 hari	RM150 180 hari	RM100 180 hari
Unit Rawatan Rapi, maksimum setiap hari Jumlah hari	Pembayaran Balik Penuh 180 hari				
Bayaran Ambulans	Pembayaran Balik Penuh				
Penginapan bagi Penjaga (untuk anak yang berumur di bawah 15 tahun, sehingga 180 hari)	Pembayaran Balik Penuh				
Ubat Preskripsi	Pembayaran Balik Penuh				
Kejururawatan, Barangan Bilik Pembedahan & Lain-lain Caj Tambahan	Pembayaran Balik Penuh				
Yuran Pakar Bedah Yuran Pakar Bius Prosedur Diagnostik & Fisioterapi Yuran Doktor Pakar (2 lawatan harian)	Pembayaran Balik Penuh tertakluk kepada Had Tahun Keseluruhan setakat caj-caj dicadangkan berasaskan Panduan Malaysian Medical Association dan Caj-caj Kebiasaan dan Munasabah				
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 Hospital Kerajaan Harian (setiap hari) Jumlah hari	RM100 180 hari				
SEKSYEN B: RAWATAN PESAKIT LUAR (setiap hilang upaya)					
Rundingan dan Prosedur Diagnostik dalam tempoh 60 hari sebelum memasuki ke hospital	Pembayaran Balik Penuh				
Penjagaan Selepas Penghospitalkan dalam tempoh 90 hari selepas keluar dari hospital	Pembayaran Balik Penuh				
Rawatan Kemalangan & Kecemasan dalam tempoh 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: <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan Depresi Yang Teruk • Gangguan Obsesif Kompulsif • Gangguan Tekanan Pasca-Traumatik • Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa dan Polyphagia (makan terlalu banyak) • Skizofrenia • Gangguan Bipolar • Kebimbangan Yang Keterlaluan 	RM3,000 setiap tahun				
Memindahan & Penghantaran Balik Perubatan Kecemasan Antarabangsa, maksimum setiap tahun	RM500,000	RM50,000			
Penjagaan Kejururawatan di Rumah sehingga 180 hari, maksimum sepanjang hayat	RM6,000	RM5,000	RM4,000	RM3,000	RM2,000



MAKLUMAT PENTING

1. Keperluan dan Kemampuan

Anda harus memastikan bahawa pelan ini memenuhi keperluan anda dan premium yang harus dibayar bagi polisi ini adalah mengikut kemampuan anda.

2. Pengiraan Premium

Premium Tahunan Standard adalah berdasarkan status kesihatan dan pekerjaan anda yang dilihat memuaskan kepada kami. Sekiranya terdapat pendedahan risiko yang meningkat pada status kesihatan dan pekerjaan dari yang diakui dalam Borang Permohonan, Premium dan Terma-Terma dan Syarat-Syarat Polisi akan diselaraskan mengikut pendedahan risiko tersebut. Premium yang dikenakan adalah berdasarkan pada umur pada tarikh lahir yang berikutnya. Terdapat tambahan beban (loading) 15% bagi Pekerjaan Kelas 3. Semua Pekerjaan Kelas 4 tidak dilindungi di bawah pelan ini. Premium Pembaharuan yang dibayar akan meningkat dengan usia.

3. Bermastautin Di Luar Negara

Tiada manfaat akan dibayar bagi sebarang rawatan perubatan yang anda terima di luar Malaysia, Singapura dan Brunei sekiranya anda bermastautin atau melancong di luar Malaysia, Singapura dan Brunei lebih daripada 90 hari berturut-turut.

4. Rawatan Di Luar Negara

Jika Pihak Diinsuranskan memilih atau disaran oleh Doktor untuk mendapatkan rawatan di luar negara, manfaat-manfaat berkenaan rawatan adalah terhad kepada caj-caj munasabah, kebiasaan dan perubatan yang perlu setara dengan rawatan tempatan di Malaysia dan tidak termasuk kos pengangkutan ke tempat rawatan.

5. Tempoh Bertenang

Jika anda membuat keputusan untuk tidak mengambil polisi selepas ia telah dikeluarkan, anda boleh memulangkan semula polisi kepada kami untuk pembatalan dalam tempoh 15 hari dari tarikh dikeluarkan sekiranya tiada tuntutan yang telah dibuat. Anda berhak menerima pengembalian penuh premium yang telah dibayar tolak belanja yang ditanggung oleh Syarikat untuk mengeluarkan Polisi tersebut.

6. Penamatan Automatik

Jika anda tidak membayar premium atau gagal membayar premium apabila ianya patut dibayar, polisi anda akan ditamatkan secara automatik.

7. Prosedur Tuntutan

Bagi Orang Yang Diinsuranskan yang memilih Pelan Kemasukan Tanpa Tunai, Kad Penjagaan Kesihatan Generali elektronik akan diberikan. Kad perubatan elektronik ini adalah untuk memudahkan kemasukan ke **Hospital Panel** Generali Insurance Malaysia Berhad **SAHAJA**. Penyenaraian hospital panel boleh didapati di laman web kami: www.generali.com.my/contact-us. Kami akan mendapatkan Laporan Perubatan yang lengkap daripada doktor yang bertugas dan laporan penyiasatan atau diagnostik yang berkaitan (yang mungkin mengambil masa 1 hingga 2 jam). Anda dinasihatkan agar mendapatkan laporan berkenaan sebelum kemasukan ke hospital bagi sesuatu rawatan yang telah dirancang. Anda mungkin perlu membuat deposit peribadi sebagaimana yang dikehendaki oleh peraturan hospital.

Selepas laporan dan maklumat perubatan yang telah dilengkapkan disahkan bagi menentukan bahawa keadaan yang memerlukan rawatan adalah dilindungi di bawah polisi itu, satu Surat Jaminan permulaan akan dikeluarkan kepada hospital bagi kemasukan anda ke hospital, tertakluk kepada had manfaat.

Selepas diizinkan keluar dari hospital, pihak hospital hendaklah memberikan diagnosa terakhir dan bil yang mengandungi butiran perbelanjaan kepada kami untuk menjelaskan perbelanjaan yang sah (kemungkinan mengambil masa 1-2 jam). Apa-apa perbelanjaan yang tidak layak atau berlebihan yang tidak dilindungi hendaklah dibayar oleh anda.

Dalam keadaan di mana diagnosa awal tidak mudah dipastikan ataupun keadaan yang memerlukan rawatan anda kemungkinan tidak dilindungi di bawah polisi, anda dinasihatkan membayar dahulu dan membuat tuntutan selepas diizinkan keluar dari hospital.

Sila beritahu kami dalam tempoh 30 hari dari sebarang kejadian kemasukan ke hospital bukan panel, rawatan pesakit luar atau sebarang tuntutan yang telah diselesaikan oleh anda. Sila hantar borang tuntutan, bil asal yang mengandungi butiran perbelanjaan, resit dan lain-lain dokumen tuntutan yang berkaitan kepada kami untuk tindakan selanjutnya.

Manfaat tanpa tunai hanya boleh digunakan untuk kemasukan ke panel hospital kami di Malaysia sahaja. Kemasukan ke hospital bukan panel, kos pra-kemasukan ke hospital, perundingan, prosedur diagnostik, rawatan pesakit luar kecemasan akibat daripada kemalangan dan kos rawatan selepas penghospitalan adalah berdasarkan pembayaran balik.

Bagi Orang Yang Diinsuranskan yang memilih Pelan Kemasukan Tunai, tiada Kad Penjagaan Kesihatan Generali elektronik akan diberikan. Anda perlu membayar bil hospital semasa keluar dari hospital dan memaklumkan kepada kami dalam tempoh 30 hari dari mana-mana kejadian untuk penghospitalan, rawatan pesakit luar atau sebarang tuntutan yang telah diselesaikan oleh anda. Sila kemukakan borang tuntutan, bil butiran asal, resit dan dokumen tuntutan lain yang berkaitan kepada kami untuk diproses.

DEFINISI

1. Kelas Pekerjaan

Kelas 1: Orang yang terlibat dalam pekerjaan profesional, pentadbiran, pengurusan, pengkeranian dan tugas-tugas bukan manual.

Kelas 2: Orang yang terlibat dalam pekerjaan penyeliaan dan lain-lain (bukan di bawah kelas 1) pekerjaan yang mungkin sekali sekala melibatkan kerja manual tanpa penggunaan peralatan atau mesin atau pendedahan diri kepada bahaya. Orang yang dikehendaki membuat perjalanan atas sebab perniagaan atau profesional tetapi tidak terlibat dalam kerja manual.

Kelas 3: Orang yang terlibat dalam pekerjaan manual atau penggunaan peralatan atau mesin ringan.

Kelas 4: Orang yang terlibat dalam pekerjaan manual berat yang menggunakan peralatan berat dan mesin.

2. Penyakit Sedia Wujud

Penyakit Sedia Wujud bermaksud ketidakupayaan di mana Pihak Diinsuranskan mempunyai pengetahuan mengenainya. Pihak Diinsuranskan akan dianggap mempunyai pengetahuan mengenai keadaan sedia wujud di mana keadaan itu adalah:

- Pihak Diinsuranskan telah menerima atau sedang menerima rawatan;
- nasihat perubatan, diagnosa, penjagaan atau rawatan telah disyorkan;
- simptom-simptom yang jelas dan terang terserlah;
- kewujudannya ketara bagi orang di dalam keadaan tersebut.

3. Penyakit-penyakit Spesifik

Penyakit-penyakit Spesifik bermaksud ketidakupayaan berikut dan komplikasi yang berkaitan, yang berlaku dalam tempoh 120 hari yang pertama insurans Pihak Diinsuranskan:

- Penyakit tekanan darah tinggi, diabetes melitus dan kardiovaskular
- Semua ketumbuhan, kanser, sista, 'nodules', 'polyp', batu karang dalam sistem kencing dan hempedu
- Semua jenis keadaan telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak
- Hernia, hemorrhoid, fistula, hidroselom, varikoselom
- Endometriosis termasuk penyakit pada sistem peranakan
- Gangguan tulang belakang (termasuk ceper) dan keadaan lutut

4. Tempoh Tangguh

Tempoh Tangguh bermaksud 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.

PENGECUALIAN

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 Wujud.
2. Penyakit-penyakit Spesifik yang berlaku dalam tempoh 120 hari pertama perlindungan berterusan.
3. Sebarang keadaan perubatan atau fizikal yang timbul dalam tempoh 30 hari pertama selepas tarikh insurans berkuatkuasa atau tarikh pengembalian yang asal yang mana terdahulu kecuali bagi kecederaan akibat kemalangan.
4. Pembedahan plastik/kosmetik, berkhatan, ujian mata, cermin mata dan pembedahan refraktif mata atau rawatan rabun jauh (Radial Keratotomy atau Lasik), rabun dekat, astigmatisme dan penggunaan atau pemasangan sebarang protesis luaran atau perkakasan termasuk anggota palsu, alat bantu pendengaran, kanta (kecuali katarak) dan preskripsinya.
5. Keadaan gigi termasuk rawatan pergigian atau operasi oral kecuali yang dikehendaki akibat kemalangan, terhadap gigi sihat asli yang berlaku pada tempoh insurans.
6. Kejururawatan khas, penjagaan kebersihan, penyalahgunaan alkohol, pemandulan, penyakit kelamin dan lanjutannya, Sindrom Kurang Daya Tahan Melawan Penyakit (AIDS) atau yang berkaitan dengan sebarang bentuk penyakit AIDS atau penyakit berjangkit Virus Kurang Daya Melawan Penyakit (HIV), dan sebarang penyakit mengikut undang-undang perlu dikuarantin.
7. Rawatan atau pembedahan untuk keadaan sejak lahir dan sebarang kecacatan fizikal sejak dilahirkan termasuk keadaan turun-temurun.
8. Kehamilan, komplikasi kehamilan atau yang berkaitan, kelahiran anak (termasuk kelahiran pembedahan), keguguran, pengguguran, penjagaan sebelum dan selepas kelahiran anak, pencegahan kehamilan sama ada secara pembedahan alatan mekanikal/kimia atau rawatan kemandulan. Kegagalan fungsi erektil dan kajian atau rawatan kelemahan atau kemandulan.
9. Kemasukan ke hospital terutamanya untuk tujuan pemeriksaan, diagnosa, pemeriksaan sinar-X, pemeriksaan fizikal am atau pemeriksaan perubatan, bukan sebahagian dari rawatan atau diagnosa sebarang Hilang Upaya yang dilindungi atau rawatan yang tidak diperlukan dari Segi Perubatan dan apa-apa rawatan pencegahan, perubatan pencegahan atau pemeriksaan yang dilakukan oleh Doktor, dan rawatan terutamanya untuk pengurangan atau penambahan berat badan.
10. Membunuh diri, percubaan membunuh diri atau kecederaan yang disengajakan ketika waras atau tidak waras.
11. Perbelanjaan untuk pendermaan organ oleh Pihak Diinsuranskan dan kos pengambilan organ dari penderma termasuk kos pembedahan untuk mendapatkan organ bagi pemindahan organ dan komplikasi yang berkaitan.
12. Pemeriksaan dan rawatan untuk gangguan tidur dan dengkur serta terapi penggantian hormon dan terapi alternatif seperti rawatan, perkhidmatan perubatan dan bekalan, termasuk tetapi tidak terhad kepada perkhidmatan kiropraktik, 'acupuncture', 'acupressure', refleksologi, 'bonesetting', rawatan herba, urut atau aromaterapi atau rawatan alternatif yang lain.
13. Rawatan penyakit jiwa, keadaan kurang siaman (termasuk apa-apa keadaan neurosis dan psikologikal atau 'psychosomatic') kecuali manfaat seperti yang tertera dalam Jadual Manfaat.
14. Kos/perbelanjaan yang bukan bersifat rawatan seperti televisyen, telefon, servis teleks, radio atau kemudahan yang berkaitan, kit/pek kemasukan pesakit dan sebagainya.
15. Perbelanjaan berkenaan dengan penukaran jantina.

Manfaat utama yang dipaparkan dalam risalah ini adalah tertakluk kepada pengecualian dan had tertentu.

Sila rujuk kepada kontrak polisi anda untuk keterangan lengkap mengenai pengecualian dan had tertentu kerana isi kandungan pada risalah ini adalah terhad.

SOALAN LAZIM

1. Siapakah yang layak?

Sesiapa yang berumur dari 1 tahun hingga 65 tahun pada tarikh lahir yang berikutnya adalah layak untuk memohon. Pembaharuan dibenarkan sehingga umur 100 tahun sekiranya anda telah menjadi ahli semasa berumur 65 tahun. Anak-anak tanggungan (belum berkahwin dan belum bekerja) hendaklah berumur melebihi 15 hari dan di bawah 19 tahun, atau di bawah 23 tahun jika mereka masih dalam tempoh pengajian tinggi sepenuh masa di Malaysia. Jika hanya anak yang berumur di bawah 2 tahun ingin membeli polisi, rekod kesihatan kanak-kanak tersebut perlu disertakan untuk taja jamin.

2. Adakah ini termasuk jadual pembedahan?

Tidak. Tiada jadual pembedahan yang terlibat. Manfaat dibayar berdasarkan pembayaran balik penuh.

3. Apa itu kemasukan hospital tanpa bayaran tunai?

Ini bermakna anda tidak perlu membuat bayaran penuh bil hospital sekiranya anda dimasukkan ke dalam salah satu hospital yang tersenarai di bawah **PANEL HOSPITAL Generali Insurance Malaysia Berhad**. Kami akan membayar sekiranya jenis kemalangan atau penyakit itu dilindungi di bawah polisi. Anda mungkin perlu membuat bayaran deposit seperti yang ditetapkan oleh hospital.

Sila ambil perhatian bahawa Generali Insurance Malaysia Berhad berhak untuk mengemaskini & mengubah penyenaian hospital apabila dianggap perlu. Penyenaian hospital panel boleh didapati di laman web kami: www.generali.com.my/contact-us

4. Adakah polisi ini melindungi Prosedur Pembedahan Jagaan Harian ?

Ya, polisi ini melindungi bayaran yang dicaj oleh hospital atau pusat pakar dan untuk semua bayaran professional yang dicaj melalui Prosedur Pembedahan Jagaan Harian kecil yang dijalankan sebagai pesakit luar tanpa kemasukan ke hospital. Contohnya Prosedur Pembedahan Jagaan Harian hendaklah termasuk pembedahan kecil seperti tetapi tidak terhad kepada: Pembedahan Katarak, Kolesistektomi, Kolonoskopi, Eksis Ringkas Sista Pilonidal, Hemoroidektomi, Tonsilektomi. Tuntutan adalah berdasarkan pembayaran balik iaitu anda dikehendaki membayar dan membuat tuntutan untuk pembayaran balik kemudian.

5. Apakah bantuan perubatan kecemasan antarabangsa yang diberikan?

Perkhidmatan telefon 24 jam bagi rujukan nasihat perubatan, rujukan telefon bagi temujanji doktor dan kemasukan hospital, pemindahan dan perkhidmatan penghantaran balik perubatan kecemasan di luar negara Malaysia.

6. Adakah premium dijamin?

Kadar premium tidak terjamin. Kami boleh mengubah kadar premium di masa hadapan berdasarkan pengalaman pengunderaitan keseluruhan kelas perniagaan ini. Sebarang perubahan akan diumumkan dan dikenakan pada ulangtahun polisi anda.

7. Adakah pembaharuan dijamin?

Tiada Bebanan Pembaharuan atau Pengecualian ke atas individu jika tuntutan dibuat semasa tahun sebelumnya. Tiada batasan atas had sepanjang hayat dan had tahunan keseluruhan dipulihkan apabila Polisi Dibaharui. Bagaimanapun, pembaharuan polisi adalah mengikut pilihan Pemegang Polisi sehinggalah berlakunya salah satu perkara berikut:

- tiada pembayaran premium atau pembayaran tidak dibuat pada masa yang ditetapkan
- penipuan atau salah nyata fakta-fakta penting semasa permohonan dibuat
- polisi dibatalkan atas permintaan Pemegang Polisi
- kematian Pemegang Polisi atau Pihak Diinsuranskan
- Pihak Diinsuranskan tidak layak sebagai orang yang ditanggung berdasarkan definisi polisi
- Pihak Diinsuranskan mencapai had umur bagi perlindungan
- perlindungan bagi semua polisi di sesebuah pasaran ditamatkan

8. Apakah kerugian jika polisi bertukar dari satu penanggung insurans ke lain?

Salah satu daripada kerugiannya adalah jika penanggung insurans baru tidak puas dengan keadaan kesihatan anda, maka terma baru mungkin dikenakan bagi mengecualikan penyakit berkenaan. Untuk memastikan perlindungan berterusan diberikan, anda dinasihatkan membuat pengesahan dengan kami berkenaan dengan terma-terma penerimaan sebelum tarikh tamat polisi anda.

9. Adakah pemeriksaan perubatan diperlukan?

Bagi pemohon yang berumur 55 tahun (tarikh lahir yang berikutnya) dan ke atas, pemeriksaan perubatan dan ujian darah diperlukan untuk tujuan menaja jamin. Kos ujian ini akan ditanggung oleh pemohon. Bagi pemohon pada usia lain, kami mungkin meminta pemeriksaan perubatan jika dianggap perlu.

Generali Insurance Malaysia Berhad

197501002042 (23820-W)

Pusat Khidmat Pelanggan Generali

Level 1, Menara Generali,
27 Jalan Sultan Ismail, 50250 Kuala Lumpur, Malaysia.

 www.generali.com.my

 1 300 13 2121 atau +603 3007 2121  customer.service.gi@generali.com.my

Generali Insurance Malaysia Berhad dilesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal selia oleh Bank Negara Malaysia.

Maklumat BNMLINK untuk aduan / pertanyaan:

Tingkat 4, Podium Bangunan AICB, No. 10, Jalan Dato' Onn, 50480 Kuala Lumpur.

Tel: 1-300-88-5465 (Luar Negara: +603 2174 1717) Laman Web BNMLINK: bnm.gov.my/BNMLINK

Risalah ini bukan kontrak insurans. Terma, syarat dan definisi yang tepat dinyatakan dalam polisi insurans.

Nota Penting:

- Sila baca risalah ini sebelum anda membuat keputusan untuk membeli Polisi Insurans SmartCare Optimum Plus. Pastikan juga anda telah membaca terma-terma dan syarat-syarat am yang terdapat pada Lembaran Pendedahan Produk.
- Anda hendaklah membaca dan memahami polisi insurans dan berbincang dengan pengantara insurans anda atau hubungi kami terus untuk keterangan lanjut.

