

PRODUCT DISCLOSURE SHEET

Read this Product Disclosure Sheet before you decide to take out Foreign Worker Hospitalization & Surgical Insurance (SKHPPA). Be sure to also read the general terms and conditions.

The Pacific Insurance Berhad

Plan: Foreign Worker Hospitalization & Surgical Insurance (SKHPPA)
 Date: 14/12/2015

What is this product about?

Foreign Worker Hospitalization & Surgical Insurance Scheme (SKHPPA) is a yearly renewable hospital and surgical insurance scheme designed to reduce the financial burden of the employer of foreign workers in the event of hospital admission of their foreign workers to a Non-Corporatised Malaysian Government Hospital due to an accident or illness.

Who is eligible?

Eligible persons for insurance under this policy are those present and future full-time foreign worker employees of policyholder, from the age of sixteen (16) to fifty-nine (59), who are actively engaged at their usual work on the date the persons are eligible to join this policy.

What are the covers / benefits provided?

This plan covers the following benefits.

Item	Benefits	Amount (RM)
1(a)	Daily Hospital Room & Board (Maximum up to 30 days)	As charged in accordance to charges consistent with Third (3rd) Class Room and Board to a maximum of RM160.00 per day in a Non-Corporatised Malaysian Government Hospital in conformance to the charges specified under Fees Act 1951, Fees (Medical) Order 1982.
1(b)	Intensive Care Unit (Maximum up to 15 days)	
2	Hospital Supplies & Services	
3	Operating Theatre	
4	Surgical fess	
5	Anesthetist Fees	
6	In-Hospital Physician Visits (Maximum up to 30 days)	
7	In-Hospital Specialist Consultation Visits (Maximum up to 30 days)	
8	Ambulance Fees/Medical Report Fees	
Maximum Overall Annual Limit (Items 1-8) per Insured Person		RM 20,000.00

The duration of cover is for one (1) year. You need to renew your cover annually.

Note: The description on the available cover is only a brief summary for quick and easy reference. The precise terms and conditions that apply are stated in the policy contract.

How much premium do I have to pay?

The annual premium is RM 120.00 per foreign worker insured inclusive of RM15/- of the Managed Care Organisation (MCO) fee. The renewal premium is not guaranteed.

What are the fees and charges that I have to pay?

- Stamp Duty – You have to pay RM 10.00 in addition of the premium for stamp duty.
- Commission – 10% of your group annual premium will be deducted for commission.

What are some of the key terms and conditions that I should be aware of?

- Importance of disclosure – You must take reasonable care to provide us with all the answers and not to make misrepresentation. If you misrepresented any facts to us before the policy was entered into, we may void this policy.
- Pursuant to Schedule 9 of the Financial Services Act 2013 – You must take reasonable care to provide us with all the answers and not to make misrepresentation. If you misrepresented any facts to us before the policy was entered into, we may void this policy.
- Geographical Territory – All benefits provided in this policy are applicable within Malaysia only for twenty-four (24) hours a day. Cover ceases from the time the Insured Person leaves Malaysia and resumes upon his/her return to Malaysia.
- Limitation of Benefits – All benefits provided in this policy are only payable in the event the insured person is confined in a non-corporatised Malaysian Government Hospital.
- Grace Period – This is a Cash Before Cover policy. Notwithstanding the Cash Before Cover condition, a Grace Period of fourteen (14) days from its due date will be allowed for payment of each premium after the first policy year. During such fourteen (14) days, the Company shall remain liable there under if by the last of such days, the premium is actually paid. If any premium is not paid in respect of this policy contract before the end of the Grace Period, this policy contract shall be deemed as terminated at the expiry date of this policy.

Note: The list above is non-exhaustive. Please refer to the policy contract for the full terms and conditions under this policy.

What are the major exclusions under this policy?

This policy does not cover any hospitalization, surgery or charges caused by any one of the following occurrences:

Plastic/Cosmetic surgery; Dental treatment or oral surgery; Treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities; Pregnancy or miscarriage; Treatment which is not Medically Necessary; Suicide or self-inflicted injury while sane or insane; Accidental injuries or illnesses arising from racing or hazardous sports. Cardiovascular diseases and all cancers occurring within the first one hundred and twenty (120) days of Insurance of the Insured Person. Pre-existing conditions unless the Insured Person passes the medical examination as continued by FOMEMA Sdn Bhd (FOMEMA) within thirty (30) days from the Insured Person's arrival to Malaysia.

Note: The list above is non-exhaustive. Please refer to the policy contract for the full list of exclusions under this policy.

Can I cancel my policy?

Yes, you (the Policyholder) may cancel this policy at any time by giving written notice to us. Upon cancellation, you are entitled to a refund of the premium as per the schedule below, provided that you have not made a claim during the current policy year.

Period Not Exceeding	Refund of Annual Premium
15 days	90 % (applicable to renewal only)
1 month	80%
2 months	70%
3 months	60%
4 months	50%
5 months	40%
6 months	30%
7 months	25%
8 months	20%
9 months	15%
10 months	10%
11 months	5%
Period Exceeding 11 months	No refund

What do I need to do if there are changes to my contact details?

It is important that you inform us of any change in your organisation's contact details to ensure that all correspondence reaches in a timely manner. You can write in / fax us at the address / fax number below.

Where can I get further information?

Should you require additional information about medical and health insurance, please refer to the *insuranceinfo* booklet on 'Medical & Health Insurance', available at all our branches or visit www.insuranceinfo.com.my

If you have any enquiries, please contact us at:

The Pacific Insurance Berhad (91603-K)
40-01, Q Sentral, 2A Jalan Stesen Sentral 2,
Kuala Lumpur Sentral. 50470 Kuala Lumpur, Malaysia
(P.O.Box 12490, 50780 Kuala Lumpur, Malaysia.)
Tel: +03-2633 8999 Fax: +03-2633 8998
Website: www.pacificinsurance.com.my

IMPORTANT NOTES:

YOU SHOULD SATISFY YOURSELF THAT THIS POLICY WILL BEST SERVE YOUR NEEDS AND THAT THE PREMIUM PAYABLE UNDER THIS PLAN IS AN AMOUNT YOU CAN AFFORD. YOU SHOULD READ AND UNDERSTAND THE INSURANCE POLICY AND CONTACT THE INSURANCE COMPANY DIRECTLY FOR MORE INFORMATION.

The information provided in this disclosure sheet is a brief summary for quick and easy reference. The exact terms and conditions that apply are stated in the policy contract.

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

The information provided in this disclosure sheet is valid as at 14 December 2015.

HELAIAN PENERANGAN PRODUK

Sila baca Helaian Keterangan Produk ini sebelum membuat keputusan untuk mengambil Skim Kemasukan Hospital dan Pembedahan Pekerja Asing (SKHPPA). Sila pastikan juga bahawa anda meneliti terma-terma dan syarat-syarat asas.

The Pacific Insurance Berhad

Pelan: Skim Kemasukan Hospital dan Pembedahan Pekerja Asing (SKHPPA)
 Tarikh: 14/12/2015

Apakah produk ini?

Skim Kemasukan Hospital dan Pembedahan Pekerja Asing (SKHPPA) adalah skim insurans kemasukan hospital dan pembedahan yang diperbaharui setiap tahun bertujuan untuk mengurangkan beban kewangan pihak Majikan ke atas pekerja asing sekiranya pekerja asing tersebut dimasukkan ke hospital KKM disebabkan oleh kemalangan ataupun penyakit.

Siapa yang layak?

Golongan yang layak untuk insurans di bawah polisi ini adalah pekerja asing yang bekerja pada masa sekarang/ masa hadapan secara sepenuh masa dengan pemegang polisi, berumur dari enam belas (16) tahun sehingga lima puluh sembilan (59) tahun, yang masih aktif bekerja pada tarikh orang itu layak untuk menyertai polisi ini.

Apakah yang dilindungi/ manfaat yang diberikan?

Plan ini menyediakan manfaat-manfaat berikut secara pembayaran balik dengan manfaat dikenakan had tahunan seperti di bawah:

Perkara	Manfaat	Jumlah (RM)
1(a)	Bilik Hospital & Makan Harian (Maksimum sehingga 30 hari)	Bayaran yang dikenakan- mengikut bayaran yang selaras dengan Bilik & Makan Kelas Ketiga (ke-3) sehingga maksimum RM160.00 sehari di Hospital Kerajaan Malaysia Bukan Korporat mengikut Akta Fi 1951, Perintah Fi (Perubatan) 1982
1(b)	Unit Rawatan Rapi (Maksimum sehingga 15 hari)	
2	Bekalan & Khidmat Hospital	
3	Bilik Bedah	
4	Bayaran Pembedahan (Tidak merangkumi transplant organ)	
5	Bayaran Pakar Bius	
6	Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (Maksimum sehingga 30 hari)	
7	Lawatan Rundingan Pakar Dalam Hospital (Maksimum sehingga 30 hari)	
8	Bayaran Ambulans/Bayaran Laporan Perubatan	
Had Tahunan Keseluruhan Maksimum (Perkara 1-8) Bagi Setiap Orang		RM 20,000.00

Tempoh perlindungan adalah untuk satu (1) tahun. Anda perlu memperbaharui perlindungan setiap tahun.

Catatan: Penerangan di atas adalah makluman ringkas untuk rujukan yang cepat dan mudah. Syarat dan terma yang tepat yang digunakan sepertimana yang dinyatakan di dalam kontrak polisi.

Berapakah premium yang harus dibayar?

Premium tahunan adalah sebanyak RM 120.00 setiap pekerja asing yang diinsuranskan termasuk RM15/- fi Managed Care Organisation (MCO). Premium pembaharuan tidak terjamin.

Apakah kos dan caj yang saya perlu bayar?

- Duti Setem – Bayaran sebanyak RM10 perlu dibuat sebagai tambahan kepada premium untuk setem duti.
- Komisen untuk Agen Insuran – 10% dari RM105 (premium tahunan dari MCO Fi) akan ditolak sebagai komisen.

Apakah terma-terma dan syarat-syarat yang perlu diberi perhatian?

- Kepentingan Pendedahan – Anda harus mendedahkan semua fakta-fakta yang material berkenaan dengan Orang Yang Diinsuranskan seperti keadaan kesihatan, pekerjaan serta tahap kesihatan mereka yang tepat.
- Kenyataan Mengikut Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 - Anda adalah diminta memberi maklumat secara penuh dan jujur segala butir-butir yang anda tahu atau patut tahu di atas borang cadangan ini dan jika tidak polisi yang dikeluarkan menurut cadangan ini boleh menjadi tidak sah.
- Wilayah Geografi - Semua manfaat yang dinyatakan di sini adalah terpakai di dalam Malaysia sahaja 24 jam sehari. Perlindungan terhenti sebaik sahaja Orang Yang Diinsuranskan meninggalkan Malaysia dan bersambung semula sekembalinya Orang Yang Diinsuranskan ke Malaysia.
- Had Manfaat - Semua manfaat yang disediakan di dalam Polisi ini adalah hanya berbayar jika Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital Kerajaan Malaysia Bukan Korporat.
- Tempoh Ihsan - Ini adalah Saguhati Sebelum Perlindungan Polisi. Meskipun terdapat syarat Tunai sebelum Perlindungan, tempoh Ihsan selama empat belas (14) hari dari tarikh perlu dibayar dibenarkan untuk pembayaran sebarang premium setelah Tahun Polisi Pertama. Dalam tempoh selama empat belas (14) hari tersebut, Syarikat akan bertanggungjawab jika pada akhir tempoh berkenaan, premium telah dibayar. Sekiranya sebarang premium berkaitan dengan Polisi Kontrak ini tidak berbayar sebelum tarikh tamat tempoh ihsan, Polisi Kontrak ini dianggap sebagai terbatal pada tarikh luput polisi ini.

Catatan: Senarai di atas adalah tidak lengkap. Sila rujuk kepada kontrak polisi untuk terma-terma dan syarat-syarat lengkap di bawah polisi ini.

Apakah pengecualian utama di bawah polisi ini?

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

Pembedahan plastik/kosmetik; Rawatan pergigian atau pembedahan oral; Rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan; Kehamilan atau keguguran; Rawatan yang tidak memerlukan keperluan perubatan; Bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman; Sakit atau kecederaan yang timbul daripada apa-apa jenis perlumbaan atau sukan berbahaya; Penyakit kardiovaskular dan semua jenis kanser yang berlaku dalam masa seratus dua puluh (120) hari pertama insurans Orang Yang Diinsuranskan; Penyakit sedia ada kecuali sekiranya Orang Yang Diinsuranskan telah lulus pemeriksaan perubatan serta telah disahkan oleh Fomema Sdn. Bhd. (FOMEMA) dalam masa tiga puluh (30) hari ketibaan Orang Yang Diinsuranskan ke Malaysia.

Catatan: Senarai di atas adalah tidak lengkap. Sila rujuk kontrak polisi untuk senarai penuh pengecualian di bawah polisi ini.

Bolehkah saya membatalkan polisi saya?

Ya, anda (Pemegang Polisi) boleh membatalkan polisi ini bila-bila masa dengan memberikan notis secara bertulis kepada kami. Di atas pembatalan tersebut, anda adalah layak untuk pembayaran balik premium seperti jadual di bawah, dengan syarat anda tidak pernah membuat tuntutan semasa tahun polisi semasa.

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

Apa yang perlu saya lakukan sekiranya terdapat perubahan ke atas maklumat untuk dihubungi saya?

Adalah penting untuk anda memaklumkan kepada kami sekiranya terdapat apa-apa perubahan ke atas maklumat untuk dihubungi bagi memastikan semua urusan surat-menyurat sampai pada masa yang ditetapkan.

Di manakah saya boleh mendapatkan maklumat lanjut?

Sekiranya anda memerlukan maklumat tambahan berkenaan insurans perubatan dan kesihatan ini, sila rujuk kepada buku panduan *insuranceinfo* mengenai 'Medical & Health Insurance', boleh didapati di mana-mana cawangan kami atau layari www.insuranceinfo.com.my

Sekiranya terdapat sebarang kemusykilan, sila hubungi kami di:

The Pacific Insurance Berhad (91603-K)
40-01, Q Sentral, 2A Jalan Stesen Sentral 2,
Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur, Malaysia
(P.O.Box 12490, 50780 Kuala Lumpur, Malaysia.)
Tel: +03-2633 8999 Fax: +03-2633 8998
Website: www.pacificinsurance.com.my

CATATAN PENTING:

ANDA SEHARUSNYA BERPUAS HATI BAHAWA POLISI INI ADALAH YANG TERBAIK UNTUK KEPERLUAN ANDA DAN PREMIUM YANG DIKENAKAN ADALAH MAMPU DIBAYAR. ANDA HENDAKLAH BACA DAN FAHAM TENTANG POLISI INSURANS TERSEBUT DAN MENGHUBUNGI TERUS SYARIKAT INSURANS UNTUK KETERANGAN LEBIH LANJUT.

Keterangan yang terdapat di dalam helaian penerangan ini cuma penerangan ringkas untuk rujukan cepat dan mudah. Terma-terma dan syarat-syarat yang tepat yang diperlukan terkandung di dalam kontrak polisi.

The Pacific Insurance Berhad adalah dilesenkan dibawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal oleh Bank Negara Malaysia.

Segala maklumat yang dinyatakan di dalam helaian penerangan adalah berkuatkuasa pada tarikh 14 Disember 2015.