

PACIFIC Medi-Pro

Hospitalisation and Surgical Insurance

Insurans Penghospitalan dan Pembedahan



WHY DO WE NEED MEDICAL INSURANCE?

Lifestyle diseases are on the rise, such as heart disease, cancer and diabetes, especially those linked to unhealthy diet, lack of exercise and increase in environmental pollution. An unhealthy lifestyle is a major cause of hospitalisation. The advancement in medical technology has also led to a steep rise in healthcare costs apart from medical inflation. With **PACIFIC Medi-Pro** ("policy") you are protected against massive hospital bills and cost of treatments. Let us take care of the medical bills and you can concentrate on recovery and have a peace of mind.

SPECIAL FEATURES

- **High Overall Annual Limit** – High medical coverage up to RM2 million every year.
- **No Lifetime Limit** – No lifetime limit on the amount that can be claimed.
- **Renewal up to Age One Hundred (100) next Birthday** – The policy is renewable annually at the option of the policyholder up to age one hundred (100) years and the last entry age is seventy (70) years.
- **Portfolio Pricing of Premium** – Policyholders who have claimed under the policy will not be singled out to pay more premium than others. Any increase in premium will be on a portfolio basis.
- **Post-Hospitalisation and Outpatient Physiotherapy Treatment** – Reimburses the charges incurred for follow-up treatment up to ninety (90) days from date of discharge.
- **High Outpatient Cancer and Kidney Dialysis Treatment Limits** – These benefits are payable up to the Overall Annual Limit of the policy every year.
- **Traditional Medical and Chiropractic Treatment** – Reimburses the charges incurred for treatment received as an outpatient due to an accident.
- **Dengue and Zika Cash Allowance** – Provides a cash benefit upon diagnosis of Dengue Fever and Zika.

PREMIUM PAYABLE

The premium payable is based on the age of next birthday and is paid annually at the rate applicable during renewal. The premium published in the Brochure and Product Disclosure Sheet is for standard life only and premium loading may be charged to non-standard life. Annual premium rate is not guaranteed and may be subject to change.

EASY APPLICATION

Application is simple. Everyone from the ages of nineteen (19) years to seventy (70) years may apply for **PACIFIC Medi-Pro**. The policy may be extended to your dependant children between the ages of thirty (30) days and nineteen (19) years [up to twenty-three (23) years if full-time student].

WHAT IS NOT COVERED?

These plans do not cover pre-existing conditions/illnesses, psychotic mental or nervous disorders, maternity related treatment, congenital abnormalities, hospitalisation primarily for investigatory purposes, investigation and treatment of sleep and snoring disorders, expenses incurred for sex changes, AIDS and HIV related diseases, plastic/cosmetic surgery (except when specifically included in writing).

IMPLICATIONS OF SWITCHING POLICY

One of the disadvantages is that if your current health status is less favorable to the new insurer, new terms and exclusions may be imposed by the new insurer. You will also have to go through the standard waiting period before you can make any claim.

This brochure is not a contract of insurance. Specific details of coverage are set out in the policy. Please refer to the Product Disclosure Sheet for details on the Terms of Issue and Major Limitations.

PRODUCT DISCLOSURE SHEET

Please read this Product Disclosure Sheet before you decide to take up the following product. Be sure to also read the general terms and conditions of the policy.

1. What is this product about?

This comprehensive policy provides for reimbursement of hospitalisation and surgical expenses incurred due to illness or accident. The policy is extended to cover accidental death and permanent disablement.

2. What are the covers or benefits provided?

Duration of cover is for one year. You have the option to renew the policy subject to the terms and conditions of the policy.

SCHEDULE OF BENEFITS (Ringgit Malaysia)

Section A		Plan 500	Plan 350	Plan 200
1.	Hospital Room and Board, daily maximum up to 365 days	500	350	200
	Room Category	Suite	Single Bed	Double Bed
2.	Intensive Care Unit, daily maximum up to 180 days	As Charged (subject to reasonable and customary charges)		
3.	Hospital Supplies and Services			
4.	Surgical Fees, including post-surgery care up to 90 days			
5.	Anaesthetist Fee			
6.	Operating Theatre			
7.	In-Hospital Physician Visit, 2 visits a day up to 180 days			
8.	Ambulance Fees			
9.	Organ Transplant			
10.	Pre-Hospital Specialist Consultation, within 60 days prior to admission			
11.	Pre-Hospital Diagnostic Tests, within 60 days prior to admission			
12.	Pre-Surgical Consultation and Diagnosis, within 60 days prior to surgery			
13.	Post-Hospitalisation and Outpatient Physiotherapy Treatment, within 90 days from the date of discharge			
14.	Day Surgery			
15.	Medical Report Fee, per disability			
Section B				
1.	Second Opinion Consultation, per year	2,000	2,000	2,000
2.	Lodger Expenses, maximum per disability	400	300	250
3.	Traditional Medical and Chiropractic Treatment, per year	1,000	800	600
4.	Nursing at Home, daily maximum up to 60 days	200	175	150
5.	Emergency Sickness Treatment, per disability	150	150	150
6.	Dengue and Zika Cash Allowance	500	500	500
7.	Daily Cash Allowance at Government Hospital, daily maximum up to 120 days	200	200	200
8.	Emergency Accidental Outpatient Treatment, per accident including follow-up up to 60 days	As Charged (subject to reasonable and customary charges)		
9.	Emergency Accidental Dental Outpatient Treatment, per accident including follow-up up to 60 days			
10.	Outpatient Cancer Treatment			
11.	Outpatient Kidney Dialysis Treatment			
Overall Annual Limit for Section A and Section B		2,000,000	1,500,000	1,000,000
Section C – Accidental Death and Permanent Disablement		200,000	150,000	100,000

3. How much premium do I have to pay?

The premium payable is based on age of next birthday but a premium loading may apply depending on underwriting requirements of The Pacific Insurance Berhad ("Company"). The premium for standard risks are as follows:

SCHEDULE OF ANNUAL PREMIUM (Ringgit Malaysia)

Age Next Birthday	Plan 500	Plan 350	Plan 200
1 year – 5 years	1,517	1,360	1,205
6 years – 10 years	950	846	743
11 years – 15 years	787	698	610
16 years – 20 years	830	737	645
21 years – 25 years	1,045	861	756
26 years – 30 years	1,189	980	801
31 years – 35 years	1,239	1,108	978
36 years – 40 years	1,530	1,279	1,083
41 years – 45 years	1,893	1,517	1,345
46 years – 50 years	2,330	1,867	1,660
51 years – 55 years	2,911	2,625	2,177
56 years – 60 years	4,453	4,023	3,302
61 years – 65 years	6,778	5,581	4,997
66 years – 70 years	9,548	8,645	7,750
71 years – 75 years (renewal only)	12,698	11,501	10,316
76 years – 80 years (renewal only)	16,817	15,237	13,673
81 years – 90 years (renewal only)	21,022	19,051	17,100
91 years – 100 years (renewal only)	27,771	25,172	22,599

Terms of Payment: Cash Before Cover

The renewal premium is not guaranteed and the Company reserves the right to revise the premium rate applicable at the time of renewal. Such changes, if any shall be applicable to all policyholders irrespective of their claims experience according to the Company's risk assessment. Any revision of premiums will be notified to the policyholders in writing at least three (3) months in advance before policy renewal. It is important for policyholders to receive and keep receipts from the Company as proof of premium payment.

4. What other fees and charges that I have to pay?

Commission paid to the insurance agent (included in Gross Premium)	15% of Gross Premium
Stamp Duty	RM10.00
Service Tax (non-individual)	6% of Gross Premium

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

Importance of Disclosure

Consumer Insurance Contract

Pursuant to Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this insurance wholly for yourself/family/dependants, you have a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in the Proposal Form (or when you apply for this insurance). You must answer the questions fully and accurately. Failure to take reasonable care in answering the questions may result in avoidance of your contract of insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your contract of insurance. The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us. In addition to answering the questions in the Proposal Form (or when you apply for this insurance), you are required to disclose any other matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied. You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in the Proposal Form (or when you applied for this insurance) is inaccurate or has changed.

Non-Consumer Insurance Contract

Pursuant to Paragraph 4 (1) of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this insurance for the purpose of providing medical insurance benefits to your employees and their dependants, you have a duty to disclose any matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied and any matter a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant, otherwise it may result in avoidance of your contract of insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your contract of insurance. The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us. You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in this Proposal Form is inaccurate or has changed.

Issuance of Policy

The Company will only issue the policy once all documentations are received in good order.

Cooling-Off Period

If the policy shall have been issued and for any reason whatsoever the insured person shall decide not to take up the policy, the insured person may return the policy to the Company for cancellation provided such request for cancellation is delivered by the insured person to the Company within fifteen (15) days from the date of delivery of the policy. The insured person is entitled to the return of the full premium paid less deduction of medical expenses incurred by the Company in the issue of the policy.

Qualifying or Waiting Period

The eligibility for benefits under the policy will only start thirty (30) days after the effective date of the policy except for accident. Unless renewed, the coverage will cease on the expiry date and the Company shall strictly not be liable for any expenses that take place after the expiry date.

Upgraded Room and Board Co-Payment

You will have to pay 20% of the eligible expenses if you are hospitalised at a published Room and Board rate and Room Category which is higher and better than what you are entitled to.

Renewal up to Age One Hundred (100) next Birthday

The policy is renewable annually at the option of the policyholder up to age one hundred (100) years and the last entry age is seventy (70) years. However, the product may be withdrawn from the market in accordance with the Portfolio Withdrawal Condition.

Upgrading Insured Plan

Application for upgrading of plan can only be made on renewal and is subject to underwriting and acceptance by the Company upon renewal.

Grace Period

Notwithstanding the Cash Before Cover Condition, a Grace Period of fourteen (14) days following the expiry date shall be allowed to the Policyholder for the payment of any premiums after the first policy year. If any premium is not paid in respect of this policy or any supplementary contracts before the end of the Grace Period, this policy and the relevant supplementary contracts shall be deemed as terminated at the expiry date of the policy. Even if payment is made during the grace period any disability occurring during the period from the expiry date to the payment date shall not be payable.

6. Can I choose to be treated overseas?

The policy provides protection whilst you travel or resides overseas for not more than ninety (90) consecutive days. If you elect or are referred to be treated outside Malaysia by the Attending Physician, benefits in respect of the Treatment shall be limited to the Reasonable and Customary and Medically Necessary Charges for such equivalent local Treatment in Malaysia and shall exclude the cost of transport to the place of Treatment. Reasonable and Medically Necessary Charges shall be deemed to be those laid down in the Thirteenth Schedule under the Private Healthcare Facilities and Services (Private Hospitals and Other Private Healthcare Facilities) Regulations 2006 or any subsequent Schedule prevailing at that time. Benefits payable in respect of treatment overseas shall be subjected to a limit of 10% of the Overall Annual Limits of the insured person's plan.

7. What are the major exclusions under this policy?

Pre-existing illness.

Any medical or physical conditions arising within the first thirty (30) days of the insured person's cover or date of reinstatement whichever is latest except for accidental injuries.

Plastic/Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness (Radial Keratotomy or Lasik) and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof.

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.

Private nursing, rest cures or sanatoria care, illegal drugs, intoxication, sterilization, venereal disease and its sequelae, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or ARC (AIDS Related Complex) and HIV related diseases and any communicable diseases requiring quarantine by law.

Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions.

Pregnancy, child birth (including surgical delivery), miscarriage, abortion and prenatal or postnatal care and surgical, mechanical or chemical contraceptive methods of birth control or treatment pertaining to infertility. Erectile dysfunction and tests or treatment related to impotence or sterilization.

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.

Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while sane or insane.

War or any act of war, declared or undeclared, criminal or terrorist activities, active duty in any armed forces, direct participation in strikes, riots and civil commotion or insurrection.

Ionising radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any nuclear weapons material.

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.

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 (except for eligible benefits payable under Chiropractic Treatment as stated in the Schedule of Benefits), acupuncture, acupressure, reflexology, bone-setting, herbalist treatment, massage or aromatherapy or other alternative treatment.

Care or treatment for which payment is not required or to the extent which is payable by any other insurance or indemnity covering the insured and disabilities arising out of duties of employment or profession that is covered under a Workman's Compensation Insurance Contract.

Psychotic, mental or nervous disorders (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).

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.

Sickness or Injury arising from racing of any kind (except foot racing), hazardous sports such as but not limited to skydiving, water skiing, underwater activities requiring breathing apparatus, winter sports, professional sports and illegal activities.

Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.

Expenses incurred for sex change.

This list is non-exhaustive. Please refer to the policy contract for the full list of exclusions under this policy.

8. Can I cancel my policy?

You may cancel your policy by giving a written notice to the Company. Upon cancellation, you are entitled to a certain amount of refund of the premium provided that you have not made a claim on the policy.

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

9. How do I make a claim?

There are 2 claim methods:

1. For admission to Company's panel of hospitals

The insured person is issued with a Hospital Admission Assist card to facilitate hospital admission. For hospital admission assistance, just call the 24-hour alarm centre telephone number 03-7628 3992 or 03-7965 3992.

2. For admission to non-panel hospitals

Pay first and file your claim with the Company by submitting the following supporting claim documents:

- i. completed claim form
- ii. original medical report
- iii. original hospital invoices or medical bills
- iv. original official receipts
- v. referral letter from the general practitioner, if any
- vi. any other evidence or claim documents
- vii. e-Payment Authorisation Form

It is the policyholders' responsibilities in relation to making a claim against the policy.

10. What do I need to do if there are changes in my contact or personal details?

It is important that you inform the Company of any changes in your contact or personal details to ensure that all correspondences reach you in a timely manner.

11. What other types of Medical and Health Insurance cover are available from The Pacific Insurance Berhad?

Other types of medical insurance covers are available which include but is not limited to:

- (a) Pacific Medi-Pac
- (b) Pacific Medi-Care
- (c) Pacific Medi-Major
- (d) Pacific Medi-Major Plus
- (e) Pacific Medi-Help

12. 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 any of the Company's branches or visit www.insuranceinfo.com.my. If you have any other enquiries or would like to provide some feedback or file a complaint, please contact:

The Pacific Insurance Berhad
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: +603-2633 8999 Fax: +603-2633 8998 Toll-Free Line: 1-800-88-1629
Email: customerservice@pacificinsurance.com.my
Website: www.pacificinsurance.com.my

You can also contact the following for information, enquiries or should the complaint not be resolved:

Director
Jabatan LINK dan Pejabat Wilayah
Bank Negara Malaysia
P.O. Box 10992
50929 Kuala Lumpur
Tel: 1-300-88-5465
Fax: +603-2174 1515
Email: bnmtelelink@bnm.gov.my

IMPORTANT NOTE:

YOU SHOULD SATISFY YOURSELF THAT THIS POLICY WILL BEST SERVE YOUR NEEDS AND THAT THE PREMIUM PAYABLE UNDER THE POLICY IS AN AMOUNT THAT YOU CAN AFFORD. YOU SHOULD READ AND UNDERSTAND THE INSURANCE POLICY AND DISCUSS WITH THE INSURANCE AGENT OR CONTACT THE PACIFIC INSURANCE BERHAD DIRECTLY FOR MORE INFORMATION.

The information provided in this disclosure sheet is valid as at 1 September 2018. In the event of inconsistencies between the English and Bahasa Malaysia versions, the English version shall prevail.

PENDAHULUAN

Penyakit yang disebabkan oleh gaya hidup seperti penyakit jantung, kanser, kencing manis, sebagainya semakin meningkat, terutamanya yang berkaitan dengan diet tidak sihat, kurang senaman dan pencemaran alam sekitar. Gaya hidup tidak sihat merupakan punca utama kemasukan ke hospital. Kemajuan dalam teknologi perubatan juga telah membawa kepada kenaikan kos penjagaan kesihatan yang mendadak selain inflasi perubatan. Dengan **PACIFIC Medi-Pro** ("polisi") anda dilindungi daripada bil hospital dan kos rawatan yang besar. Anda hanya tumpukan kepada pemulihan dan mempunyai ketenangan fikiran.

CIRI-CIRI KHAS

- **Had Tahunan Keseluruhan yang Tinggi** – Perlindungan perubatan yang tinggi sehingga RM2 juta setiap tahun.
- **Tidak Ada Had Seumur Hidup** – Tidak ada had seumur hidup atas jumlah yang boleh dituntut.
- **Pembaharuan sehingga Umur Seratus (100) pada Harijadi berikutnya** – Polisi ini boleh diperbaharui setiap tahun mengikut pilihan pemegang polisi sehingga umur seratus (100) tahun dan umur kemasukan terakhir adalah tujuh puluh (70) tahun.
- **Premium Harga Kelompok** – Pemegang polisi yang telah membuat tuntutan ke atas polisi tidak akan dikenakan premium yang lebih daripada mereka yang lain. Sebarang kenaikan dalam premium adalah pada dasar portfolio.
- **Rawatan Selepas Penghospitalkan dan Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar** – Pembayaran balik caj yang ditanggung untuk rawatan susulan sehingga sembilan puluh (90) hari dari tarikh keluar hospital.
- **Had Rawatan Kanser Pesakit Luar dan Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar yang Tinggi** – Manfaat ini dibayar sehingga Had Tahunan Keseluruhan polisi setiap tahun.
- **Rawatan Perubatan Tradisional dan Kiropraktik** – Pembayaran balik caj yang dikenakan untuk rawatan yang diterima sebagai pesakit luar akibat kemalangan.
- **Elaun Tunai Demam Denggi dan Zika** – Menyediakan manfaat tunai apabila diagnosis Demam Denggi dan Zika.

BAYARAN PREMIUM

Bayaran premium berdasarkan umur pada harijadi yang akan datang dan dibayar setiap tahun pada kadar yang ditentukan semasa pembaharuan. Premium yang diterbitkan di dalam Risalah dan Risalah Pemberitahuan Produk adalah untuk orang yang sihat sahaja dan premium tambahan mungkin dikenakan kepada orang yang kurang sihat. Kadar premium tahunan adalah tidak dijamin dan tertakluk kepada perubahan.

PERMOHONAN YANG MUDAH

Permohonan adalah sangat mudah. Sesiapa yang berumur di antara sembilan belas (19) tahun hingga tujuh puluh (70) tahun layak memohon **PACIFIC Medi-Pro**. Polisi ini boleh dilanjutkan kepada anak-anak tanggungan anda yang berumur dari tiga puluh (30) hari hingga sembilan belas (19) tahun [sehingga umur dua puluh tiga (23) tahun jika pelajar sepenuh masa].

PERKARA YANG TIDAK DILINDUNGI

Pelan-pelan ini tidak melindungi keadaan/penyakit yang sedia ada, gangguan mental psikotik atau saraf, rawatan berkaitan kelahiran anak, kecacatan sejak lahir, rawatan hospital khusus untuk tujuan penyiasatan, penyiasatan dan rawatan bagi gangguan tidur dan dengkur, perbelanjaan bagi pertukaran jantina, penyakit berkaitan AIDS dan HIV dan pembedahan plastik/kosmetik (kecuali apabila dimasukkan khususnya dalam tulisan).

IMPLIKASI MENUKAR POLISI

Salah satu keburukan adalah jika status kesihatan anda kurang baik kepada penginsurans baru, terma dan pengecualian baru mungkin akan dikenakan oleh penginsurans baru. Anda akan dikehendaki untuk melalui tempoh tangguh yang ditetapkan sebelum anda boleh membuat sebarang tuntutan.

Risalah ini bukan kontrak insurans. Maklumat lanjut mengenai perlindungan terdapat di dalam polisi. Sila rujuk Risalah Pemberitahuan Produk untuk maklumat lanjut mengenai Syarat-syarat Pengeluaran dan Pengecualian Utama.

RISALAH PEMBERITAHUAN PRODUK

Sila baca Risalah Pemberitahuan Produk ini sebelum anda membuat keputusan mengambil produk berikut. Pastikan anda membaca terma dan syarat-syarat am polisi.

1. Apakah tentang produk ini?

Polisi komprehensif ini menyediakan pembayaran balik belanja yang dikenakan bagi penghospitalan dan pembedahan disebabkan oleh penyakit dan kemalangan. Polisi ini diperluaskan untuk melindungi kematian akibat kemalangan dan hilang upaya kekal.

2. Apakah perlindungan atau manfaat yang diberikan?

Tempoh perlindungan adalah selama satu tahun. Anda mempunyai pilihan untuk memperbaharui polisi tertakluk kepada terma-terma dan syarat-syarat polisi.

JADUAL MANFAAT (Ringgit Malaysia)

Seksyen A		Pelan 500	Pelan 350	Pelan 200
1.	Bilik Hospital dan Makan, maksimum harian sehingga 365 hari Kategori Bilik	500	350	200
		Suite	Bilik Satu Katil	Bilik Dua Katil
2.	Unit Rawatan Rapi, maksimum harian sehingga 180 hari	Seperti Yang Dicaj (tertakluk kepada bayaran yang munasabah dan biasa diamalkan)		
3.	Bekalan dan Khidmat Hospital			
4.	Bayaran Pembedahan, termasuk penjagaan selepas pembedahan sehingga 90 hari			
5.	Bayaran Pakar Bius			
6.	Bilik Bedah			
7.	Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital, 2 lawatan sehari sehingga 180 hari			
8.	Bayaran Ambulans			
9.	Transplan Organ			
10.	Rundingan Pakar Pra-Hospital, dalam masa 60 hari sebelum kemasukan			
11.	Ujian Diagnostik Pra-Hospital, dalam masa 60 hari sebelum kemasukan			
12.	Rundingan dan Diagnosis Pra-Pembedahan, dalam masa 60 hari sebelum kemasukan			
13.	Rawatan Selepas Penghospitalan dan Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar, dalam masa 90 hari selepas tarikh keluar hospital			
14.	Pembedahan Harian			
15.	Bayaran Laporan Perubatan, setiap hilang upaya			
Seksyen B				
1.	Rundingan Pendapat Kedua, setahun	2,000	2,000	2,000
2.	Belanja Orang Tumpangan, maksimum setiap hilang upaya	400	300	250
3.	Rawatan Perubatan Tradisional dan Kiropraktik, setahun	1,000	800	600
4.	Penjagaan di Rumah, maksimum harian sehingga 60 hari	200	175	150
5.	Rawatan Kecemasan untuk Penyakit, setiap hilang upaya	150	150	150
6.	Elaun Tunai Denggi dan Zika	500	500	500

JADUAL MANFAAT (Ringgit Malaysia) – Sambungan				
Seksyen B		Pelan 500	Pelan 350	Pelan 200
7.	Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan, maksimum harian sehingga 120 hari	200	200	200
8.	Rawatan Pesakit Luar Bagi Kemalangan dan Kecemasan, bagi setiap kemalangan termasuk rawatan susulan sehingga 60 hari	Seperti Yang Dicaj (tertakluk kepada bayaran yang munasabah dan biasa diamalkan)		
9.	Rawatan Pergiagian Pesakit Luar bagi Kemalangan dan Kecemasan, bagi setiap kemalangan termasuk rawatan susulan sehingga 60 hari			
10.	Rawatan Kanser Pesakit Luar			
11.	Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar			
Had Tahunan Keseluruhan untuk Seksyen A dan Seksyen B		2,000,000	1,500,000	1,000,000
Seksyen C – Kematian dan Hilang Upaya Kekal Akibat Kemalangan		200,000	150,000	100,000

3. Berapa premium yang harus saya bayar?

Premium dibayar adalah berdasarkan umur pada ulang tahun berikutnya tetapi premium beban mungkin dikenakan bergantung kepada keperluan pengunderaitan The Pacific Insurance Berhad ("Syarikat"). Premium bagi risiko standard adalah seperti berikut:

JADUAL PREMIUM TAHUNAN (Ringgit Malaysia)

Umur Pada Harijadi Berikut	Pelan 500	Pelan 350	Pelan 200
1 tahun – 5 tahun	1,517	1,360	1,205
6 tahun – 10 tahun	950	846	743
11 tahun – 15 tahun	787	698	610
16 tahun – 20 tahun	830	737	645
21 tahun – 25 tahun	1,045	861	756
26 tahun – 30 tahun	1,189	980	801
31 tahun – 35 tahun	1,239	1,108	978
36 tahun – 40 tahun	1,530	1,279	1,083
41 tahun – 45 tahun	1,893	1,517	1,345
46 tahun – 50 tahun	2,330	1,867	1,660
51 tahun – 55 tahun	2,911	2,625	2,177
56 tahun – 60 tahun	4,453	4,023	3,302
61 tahun – 65 tahun	6,778	5,581	4,997
66 tahun – 70 tahun	9,548	8,645	7,750
71 tahun – 75 tahun (pembaharuan sahaja)	12,698	11,501	10,316
76 tahun – 80 tahun (pembaharuan sahaja)	16,817	15,237	13,673
81 tahun – 90 tahun (pembaharuan sahaja)	21,022	19,051	17,100
91 tahun – 100 tahun (pembaharuan sahaja)	27,771	25,172	22,599

Terma Pembayaran: Tunai Sebelum Lindung

Premium pembaharuan tidak dijamin dan Syarikat berhak menyemak semula kadar premium pada masa pembaharuan. Perubahan tersebut, jika ada, akan terpakai kepada semua pemegang polisi tanpa mengambil kira pengalaman tuntutan mereka sesuai dengan penilaian risiko Syarikat. Sebarang semakan premium akan dimaklumkan kepada pemegang polisi itu secara bertulis sekurang-kurangnya tiga (3) bulan sebelum pembaharuan. Adalah penting bagi pemegang polisi untuk menerima dan menyimpan resit daripada Syarikat sebagai bukti pembayaran premium.

4. Apakah kos dan caj lain yang harus saya bayar?

Komisen yang dibayar kepada agen (termasuk di dalam Premium Kasar)	15% daripada Premium Kasar
Duti Setem	RM10.00
Cukai Perkhidmatan (bukan individu)	6% daripada Premium Kasar

5. Apakah diantara terma dan syarat-syarat penting yang patut saya ketahui?

Pentingnya Pendedahan

Kontrak Insurans Pengguna

Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggungannya, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam borang cadangan (atau semasa memohon insurans ini). Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan tersebut dengan lengkap dan tepat. Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans anda, keengganan atau pengurangan gantirugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda. Kewajipan pendedahan di atas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami. Sebagai tambahan kepada soalan-soalan di dalam borang cadangan (atau semasa memohon insurans ini), anda dikehendaki untuk mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan. Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami (atau semasa permohonan insurans ini), apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam borang cadangan tidak tepat atau sudah berubah.

Kontrak Insurans Komersial

Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini untuk memberi manfaat insurans perubatan kepada pekerja dan tanggungan mereka, anda berkewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan, dan apa-apa perkara yang munasabah yang boleh dijangka, jika tidak ia boleh menyebabkan pembatalan kontrak insurans, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda. Kewajipan pendedahan di atas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami. Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam borang cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

Pengeluaran Polisi

Syarikat hanya akan mengeluarkan polisi apabila semua dokumen diterima dalam keadaan lengkap.

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 mengembalikannya 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.

Tempoh Layak atau Tempoh Tangguh

Kelayakan untuk manfaat dibawah polisi ini akan mula tiga puluh (30) hari selepas tarikh berkuatkuasa polisi, kecuali untuk kemalangan. Kecuali dibaharui, perlindungan ini akan tamat pada tarikh tamat tempoh dan Syarikat akan sangat tidak bertanggungjawab atas setiap perbelanjaan yang berlaku selepas tarikh tamat tempoh.

Bayaran Bersama Bilik dan Makan Dinaikkan

Anda akan perlu membayar 20% daripada kos yang layak jika anda dirawat di hospital dengan bilik dan makanan dan kategori bilik pada kadar yang diumumkan yang lebih tinggi dan lebih baik daripada manfaat yang anda layak.

Pembaharuan sehingga Umur Seratus (100) pada Harijadi berikutnya

Polisi ini boleh diperbaharui setiap tahun mengikut pilihan pemegang polisi sehingga umur seratus (100) tahun dan umur kemasukan terakhir adalah tujuh puluh (70) tahun. Namun, produk boleh ditarik balik dari pasaran menurut Syarat Penarikan Balik Portfolio.

Pelan Perlindungan Ditingkatkan

Permohonan untuk menaikkan ke pelan yang lebih tinggi hanya boleh dilakukan pada pembaharuan dan tertakluk kepada pengunderaitan dan penerimaan oleh Syarikat pada pembaharuan.

Tempoh Ihsan

Meskipun terdapat Syarat Tunai Sebelum Perlindungan, Tempoh Ihsan empat belas (14) hari selepas tarikh tamat tempoh hendaklah diberikan kepada pemegang polisi bagi pembayaran apa-apa premium selepas tahun polisi pertama. Jika mana-mana premium tidak dibayar untuk polisi ini atau untuk apa-apa kontrak tambahan sebelum akhir Tempoh Ihsan, polisi ini dan kontrak tambahan yang berkaitan hendaklah dianggap sebagai tamat pada tarikh tamat tempoh polisi. Walaupun pembayaran dibuat semasa tempoh ihsan apa-apa hilang upaya yang berlaku semasa tempoh dari tarikh tamat tempoh kepada tarikh bayaran tidak akan dibayar.

6. Bolehkan saya memilih untuk dirawat di luar negara?

Polisi ini memberikan perlindungan semasa anda mengembara atau tinggal di luar negara selama tidak lebih dari sembilan puluh (90) hari berturut-turut. Sekiranya anda memilih atau dirujuk di luar Malaysia oleh Pakar Perubatan, manfaat yang berkaitan dengan Rawatan itu adalah terhad kepada Bayaran Munasabah dan Biasa yang Perlu Dari Segi Perubatan bagi Rawatan tempatan yang sama di Malaysia dan tidak termasuk kos pengangkutan kepada Tempat rawatan. Bayaran Munasabah dan Biasa yang Perlu Dari Segi Perubatan hendaklah dianggap sebagai yang ditetapkan dalam Jadual Ketiga Belas di bawah Peraturan-Peraturan Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta (Hospital Swasta dan Kemudahan Jagaan Kesihatan Swasta Lain) 2006 atau mana-mana Jadual seterusnya yang lazim pada masa itu. Manfaat yang dibayar berkaitan dengan rawatan di luar negara akan dikenakan had 10% daripada Had Tahunan Keseluruhan bagi pelan Orang Yang Diinsuranskan.

7. Apakah pengecualian penting dibawah polisi ini?

Penyakit sedia ada.

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.

Pembedahan plastik/kosmetik, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembedahan penglihatan dekat melalui pembiasaan atau pembedahan (Keratotomy Radial atau Lasik) dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik seperti anggota tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.

Penyakit pergigian termasuk rawatan pergigian atau pembedahan oral kecuali apabila diperlukan kerana kecederaan akibat kemalangan pada gigi asli yang sihat yang berlaku sepenuhnya dalam tempoh insurans.

Penjagaan peribadi, rehat pulih atau jagaan kebersihan, dadah yang tidak dibenarkan, intoksikasi, pensterilan, penyakit venereal dan sekuelanya, AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit) atau ARC (Kompleks Berkaitan AIDS) dan penyakit berkaitan HIV dan apa-apa penyakit berjangkit yang memerlukan kuarantin oleh undang-undang.

Apa-apa rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.

Kehamilan, 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 ketaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pensterilan.

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.

Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siaman atau tidak siaman.

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.

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.

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.

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 (kecuali manfaat layak yang dibayar di bawah Rawatan Kiropraktik seperti yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat), akupunktur, akuteknan, refleksologi, pengikatan tulang, rawatan pakar herba,urut atau aromaterapi atau rawatan pilihan yang lain.

Jagaan atau rawatan yang pembayarannya tidak dikehendaki 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.

Psikotik, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).

Kos/belanja bagi khidmat 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.

Sakit atau kecederaan yang timbul daripada apa-apa jenis perlumbaan (kecuali perlumbaan jalan kaki), sukan berbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjun di udara, luncur air, aktiviti dalam air yang memerlukan alat pernafasan, sukan musim sejuk, sukan profesional dan aktiviti yang tidak dibenarkan.

Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.

Belanja yang ditanggung untuk menukar jantunga.

Senarai ini tidak menyeluruh. Sila rujuk kepada kontrak polisi untuk senarai penuh pengecualian di bawah polisi ini.

8. Bolehkah saya membatalkan polisi?

Anda boleh membatalkan polisi anda dengan memberikan notis bertulis kepada Syarikat. Selepas pembatalan, anda berhak mendapatkan sejumlah bayaran balik premium dengan syarat anda tidak membuat tuntutan ke atas polisi.

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

9. Bagaimana saya membuat tuntutan?

Ada 2 cara tuntutan:

1. Untuk kemasukan di hospital panel Syarikat

Orang yang diinsuranskan dibekalkan dengan kad Hospital Admission Assist untuk memudahkan kemasukan ke hospital. Untuk bantuan kemasukan hospital, hanya telefon pusat kecemasan 24-jam di talian 03-7628 3992 atau 03-7965 3992.

2. Untuk kemasukan di hospital bukan panel

Bayar dulu dan failkan tuntutan anda kepada Syarikat dengan menyerahkan dokumen sokongan tuntutan berikut:

- i. borang tuntutan yang lengkap
- ii. laporan perubatan yang asal
- iii. invoice hospital atau bil perubatan yang asal
- iv. resit rasmi yang asal
- v. surat rujukan dari pengamal perubatan, jika ada
- vi. apa-apa lain bukti atau dokumen tuntutan
- vii. Borang Kebenaran e-Bayaran

Adalah menjadi tanggungjawab pemegang polisi dalam membuat tuntutan terhadap polisi.

10. Apa yang perlu saya buat jika ada perubahan dalam alamat atau butiran peribadi?

Adalah penting bahawa anda memberitahu Syarikat tentang segala perubahan dalam alamat atau butiran peribadi anda untuk memastikan bahawa semua surat-menyurat anda tiba pada waktu yang tepat.

11. Apakah jenis perlindungan Insurans Perubatan dan Kesihatan lain yang terdapat di The Pacific Insurance Berhad?

Jenis perlindungan insurans perubatan lain yang ada termasuk tetapi tidak terhad kepada:

- (a) Pacific Medi-Pac
- (b) Pacific Medi-Care
- (c) Pacific Medi-Major
- (d) Pacific Medi-Major Plus
- (e) Pacific Medi-Help

12. Di mana saya boleh mendapatkan maklumat lanjut?

Sekiranya anda memerlukan maklumat tambahan mengenai insurans perubatan dan kesihatan, sila rujuk kepada buku *insuranceinfo* mengenai 'Insurans Perubatan dan Kesihatan', yang boleh didapati di mana-mana cawangan Syarikat atau lawati www.insuranceinfo.com.my. Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan lain atau ingin memberikan maklum balas atau membuat aduan, sila hubungi:

The Pacific Insurance Berhad

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: +603-2633 8999 Faks: +603-2633 8998 Talian Bebas Tol: 1-800-88-1629

Emel: customerservice@pacificinsurance.com.my

Lamanweb: www.pacificinsurance.com.my

Anda juga boleh menghubungi berikut untuk mendapatkan maklumat lanjut, pertanyaan atau jika aduan tersebut tidak dapat diselesaikan:

Pengarah
Jabatan LINK dan Pejabat Wilayah
Bank Negara Malaysia
P.O. Box 10992
50929 Kuala Lumpur
Tel: 1-300-88-5465
Faks: +603-2174 1515
Emel: bnmtelelink@bnm.gov.my

NOTA PENTING:

ANDA PERLU MEYAKINKAN DIRI ANDA BAHAWA POLISI INI DAPAT MEMENUHI KEPERLUAN ANDA DENGAN SEBAIKNYA SERTA BAYARAN PREMIUM DI BAWAH POLISI INI MAMPU DITANGGUNG ANDA. ANDA HARUS MEMBACA DAN MEMAHAMI POLISI INSURANS INI DAN BERBINCANG DENGAN AGEN INSURANS ATAU BERHUBUNG TERUS DENGAN THE PACIFIC INSURANCE BERHAD UNTUK MAKLUMAT LEBIH LANJUT.

Informasi yang disediakan di dalam risalah pemberitahuan produk ini sah berkuatkuasa dari tarikh 1 September 2018. Jika terdapat percanggahan antara versi Bahasa Inggeris dan Bahasa Malaysia, versi Bahasa Inggeris akan digunakan.

The Pacific Insurance Berhad (91603-K)

(Licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia /
Dilisenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal oleh Bank Negara Malaysia)
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: +603-2633 8999 Fax: +603-2633 8998 Toll-Free Line: 1-800-88-1629

Website: www.pacificinsurance.com.my

Email: customerservice@pacificinsurance.com.my

Alor Setar

No. 15, Ground & First Floor, Kompleks
Perniagaan Long Island Trade Centre
Seberang Jalan Putra, Mergong
05150 Alor Setar, Kedah
Tel: 04-732 4377 Fax: 04-731 5869

Ipoh

No. 12 and 12A, Persiaran Greentown 1,
Pusat Perdagangan Greentown
30450 Ipoh, Perak
Tel: 05-241 9933 Fax: 05-241 9393

Johor Bahru

G-01-07, Komersial Southkey Mozek
Persiaran Southkey Mozek, Kota Southkey
80150 Johor Bahru, Johor
Tel: 07-338 3365 Fax: 07-336 4441

Klang

No. 46, Ground Floor, Jalan Batu Unjur 1
Bayu Perdana
41200 Klang, Selangor
Tel: 03-3324 5776 Fax: 03-3324 5773

Kota Kinabalu

No. 8, 2nd Floor, Jalan Pantai
88000 Kota Kinabalu, Sabah
Tel: 088-233 292 Fax: 088-232 195

Kuantan

No. B36, Ground Floor, Lorong Tun Ismail 11
Jalan Tun Ismail 1
25000 Kuantan, Pahang
Tel: 09-514 2881 Fax: 09-514 2953

Kuching

C149 & C249, Ground Floor & First Floor
L2116, 4422, 7029 & 7030
Jalan Pending, Icom Square Block C
93450 Kuching, Sarawak
Tel: 082-552 421 Fax: 082-552 402

Melaka

Lot 20, Jalan Kota Laksamana 3/14
Pangsapuri Kota Laksamana
75200 Melaka
Tel: 06-288 8710 Fax: 06-288 8721

Penang

A-3-7 & 8, Vantage Desiran Tanjung
10470 Tanjung Tokong
Penang
Tel: 04-893 1757 Fax: 04-893 1077

Petaling Jaya

Wisma MCIS, Level B1 & 3A
Tower 2, Jalan Barat
46200 Petaling Jaya, Selangor
Tel: 03-7453 8222 Fax: 03-7453 8221

Seremban

Lot 2, Jalan Era Square 2, Era Square
70200 Seremban, Negeri Sembilan
Tel: 06-767 5066 Fax: 06-767 5068

Taiping

No. 31, Jalan Medan Taiping 2
Medan Taiping
34000 Taiping, Perak
Tel: 05-806 3388 Fax: 05-806 2666

Personal Data Protection Act 2010 ("PDPA") Notification to customers of The Pacific Insurance Berhad ("TPIB")

Under the PDPA, there are various requirements that regulate the processing of your personal data. Please refer to www.pacificinsurance.com.my for details of TPIB PDPA privacy notice.

Akta Perlindungan Data Peribadi 2010 ("APDP") Pemberitahuan kepada pelanggan The Pacific Insurance Berhad ("TPIB")

Di bawah APDP, terdapat pelbagai syarat yang mengawal pemprosesan data peribadi. Sila rujuk di www.pacificinsurance.com.my untuk maklumat terperinci notis privasi TPIB APDP.