

PACIFIC Medi-Pac

Hospitalisation and Surgical Insurance
Insurans Penghospitalan dan Pembedahan



Peace of Mind

www.pacificinsurance.com.my

PACIFIC
INSURANCE
A member of the Fairfax Group

HOSPITALISATION AND SURGICAL COST WILL NEVER BE BEYOND YOU

Although the occurrence of serious illnesses and threatening diseases are on the rise, most of us are still living in the mindset of 'It will never happen to me'. Just because a person has never been critically ill and leads a healthy lifestyle does not guarantee better health. This mindset leaves many of us unprepared. It is now a known fact that hospital bills are ever-increasing. A simple surgery can cost you tens of thousands. Unprepared, a sum this much can put anyone in serious debt. No one should have to go through that phase.

RECOVERY IS IMPORTANT

With **PACIFIC Medi-Pac** you can put all that behind you and concentrate on recovery. From as little as RM1.30 a day, you may have affordable and comprehensive medical insurance giving you more benefits and higher limits.

THE ADVANTAGES

- **Comprehensive Coverage** – **PACIFIC Medi-Pac** provides for necessary treatment based on reasonable and customary charges at the locality where treatment is received.
- **Renewal up to Age Eighty (80) next Birthday** – The policy is renewable annually at the option of the policyholder up to age eighty (80) years and the last entry age is sixty-five (65) years.
- **Portfolio Pricing of Premium** – Premium is not guaranteed and is subject to change. However, increase in premium will be on a portfolio basis. This means that policyholders who have claimed on the policy will not be singled out to pay more premium than others.
- **No Per Disability Limit** – Other than the overall annual limit and the lifetime limit, there is no limit on the amount that can be claimed for a particular disability.
- **Unisex Premium Rates** – Premiums are age-banded but there is no distinction between male and female premium rates.
- **Hospital Admission Assist** for approved panel of hospitals – convenient claims.

CHOICE OF PLAN

PACIFIC Medi-Pac offers five (5) plans of comprehensive coverage at an affordable cost.

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 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 sixty-five (65) years may apply for **PACIFIC Medi-Pac**. 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

The policy does not cover pre-existing disabilities and other exclusions contained in the policy. Medical treatment received by an insured person outside Malaysia is not covered if the insured person resides or travels outside Malaysia for more than ninety (90) consecutive days prior to treatment overseas.

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 reimbursements of hospitalisation and surgical expenses incurred due to illness and accident.

2. What are the covers or benefits provided?

Duration of cover is for one (1) year. You have the option to renew the policy annually subject to the terms and conditions of the policy.

SCHEDULE OF BENEFITS (Ringgit Malaysia)

SECTION A	PLAN A	PLAN B	PLAN C	PLAN D	PLAN E
1. Hospital Room and Board, daily maximum up to 365 days	450	300	220	150	100
2. Intensive Care Unit, daily maximum up to 30 days	As Charged (subject to reasonable and customary charges)				
3. Hospital Supplies and Services					
4. Surgical Fees, including post-surgery care up to 31 days					
5. Anaesthetist Fee					
6. Operating Theatre					
7. Pre-Hospital Specialist Consultation, within 60 days prior to admission					
8. Pre-Hospital Diagnostic Tests, within 60 days prior to admission					
9. Pre-Surgical Consultation and Diagnosis, within 60 days prior to surgery					
10. In-Hospital Physician Visit, daily maximum up to 120 days					
11. Post-Hospitalisation Treatment, within 60 days from the date of discharge					
12. Ambulance Fees					
13. Emergency Accidental Outpatient Treatment, per accident including follow-up up to 60 days					
14. Emergency Dental Treatment, per accident including follow-up up to 60 days					
15. Traditional Medical Treatment					
16. Daily Cash Allowance at Government Hospital, daily maximum up to 60 days	200	200	200	200	200
17. Nursing at Home, daily maximum up to 60 days	200	175	150	125	100
18. Lodger Expenses, maximum per disability	400	300	250	200	150
19. Medical Report Fee, per disability	100	100	100	100	100
20. Emergency Sickness Treatment, per disability	100	100	100	100	100
Overall Annual Limit for Section A	100,000	80,000	60,000	40,000	30,000
SECTION B (in addition to Overall Annual Limit)					
1. Organ Transplant, per disability	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000
2. Outpatient Cancer Treatment, per year	60,000	50,000	40,000	30,000	20,000
3. Outpatient Kidney Dialysis Treatment, per year	30,000	25,000	20,000	15,000	10,000
Lifetime Limit (Section A and B)	500,000	400,000	300,000	200,000	150,000

3. How much premium do I have to pay?

The premium payable is based on age at next birthday but a premium loading may apply depending on underwriting requirements of the Company. The premium for standard risks are as follows:

SCHEDULE OF ANNUAL PREMIUM (Ringgit Malaysia)

Age Next Birthday	Plan A	Plan B	Plan C	Plan D	Plan E
30 days - 18 years	1,012	856	713	582	505
19 years - 25 years	879	746	624	512	447
26 years - 30 years	947	804	672	551	480
31 years - 35 years	1,152	976	815	667	581
36 years - 40 years	1,434	1,214	1,013	828	720
41 years - 45 years	1,746	1,477	1,232	1,006	874
46 years - 50 years	2,046	1,731	1,442	1,177	1,022
51 years - 55 years	2,839	2,400	1,998	1,629	1,412
56 years - 60 years	3,923	3,315	2,758	2,247	1,947
61 years - 65 years	5,340	4,510	3,751	3,054	2,645
66 years - 70 years (renewal only)	7,128	6,020	5,005	4,073	3,526
71 years - 75 years (renewal only)	9,328	7,876	6,546	5,326	4,610
76 years - 80 years (renewal only)	11,975	10,110	8,403	6,835	5,915

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. Factors likely to result in premium adjustments at renewal are medical inflation, claims experience and any other factors which may affect the sustainability of the portfolio. 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 one (1) month in advance before policy renewal. It is important for policyholders to receive and keep receipts from the Company as proof of premium payment.

4. Apart from the premium, 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 which exceeds 10% than what you are entitled to.

Renewal up to Age Eighty (80) next Birthday

The policy is renewable annually at the option of the policyholder up to age eighty (80) years and the last entry age is sixty-five (65) 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 reside overseas for not more than ninety (90) consecutive days. However no benefit shall be payable if your intention is to seek treatment overseas when treatment is available locally except where it is due to a medical emergency or upon recommendation of a physician for the need to be transferred to a hospital outside Malaysia because of the specialised nature of treatment, aid, information or decision which cannot be rendered, furnished or taken in Malaysia.

Overseas treatment of a disease, sickness or injury which is diagnosed in Malaysia and non-emergency or chronic conditions where treatment can reasonably be postponed until return to Malaysia is not covered.

You may request for your policy to be extended to cover elective treatment in Singapore and Brunei by paying a premium loading as imposed by the Company.

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, 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.

Annual Premium Payment Mode

<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

Semi-Annual Premium Payment Mode

<u>Period</u>	<u>Annualised Payment Period (month)</u>	<u>Refund of Modal Premium</u>
Not exceeding 15 days	1	80%
Not exceeding 1 month	2	70%
Not exceeding 2 months	4	50%
Not exceeding 3 months	6	30%
Not exceeding 4 months	8	20%
Not exceeding 5 months	10	10%
Not exceeding 6 months	12	No refund of Premium

Quarterly Premium Payment Mode

<u>Period</u>	<u>Annualised Payment Period (month)</u>	<u>Refund of Modal Premium</u>
Not exceeding 15 days	2	70%
Not exceeding 1 month	4	50%
Not exceeding 2 months	8	20%
Not exceeding 3 months	12	No refund of Premium

There is no refund of premium under the monthly contribution payment mode.

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-Pro
- (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 Bhd
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 24 May 2019. In the event of inconsistencies between the English and Bahasa Malaysia versions, the English version shall prevail.

KOS RAWATAN HOSPITAL & PEMBEDAHAN YANG MAMPU ANDA BAYAR

Walaupun kejadian sakit teruk dan penyakit yang mengancam nyawa semakin meningkat namun kebanyakan dari kita masih lagi berfikir bahawa: “lanya tidak akan berlaku kepada saya”. Walaupun seseorang itu tidak pernah mengidapi penyakit teruk dan mengamalkan gaya hidup yang sihat, ia tidak menjamin mereka akan sentiasa sihat. Pemikiran yang sebegini menjadikan ramai di antara kita tidak bersedia dalam menghadapi sebarang kemungkinan. Bil hospital yang semakin meningkat adalah satu fakta yang diketahui ramai masa kini. Pembedahan kecil kadang kala memerlukan sehingga puluhan ribu ringgit. Jika anda tidak bersedia, kos ini akan menyebabkan anda berhutang. Tidak seorang pun yang perlu menghadapi keadaan ini.

PEMULIHAN ADALAH PENTING

Dengan **PACIFIC Medi-Pac**, anda tidak perlu risau akan kos rawatan hospital dan hanya perlu memberi tumpuan sepenuhnya untuk pulih. Dari hanya RM1.30 sehari anda boleh memperolehi insurans kesihatan berpatutan dan komprehensif dan yang memberikan anda lebih banyak faedah dan had perlindungan yang lebih tinggi.

KELEBIHAN

- **Perlindungan Komprehensif – PACIFIC Medi-Pac** ini memberi rawatan yang diperlukan yang akan dibayar mengikut caj yang berpatutan dan diterima umum di lokasi di mana anda menerima rawatan.
- **Pembaharuan sehingga Umur Lapan Puluh (80) pada Harijadi berikutnya** – Polisi ini boleh diperbaharui setiap tahun mengikut pilihan pemegang polisi sehingga umur lapan puluh (80) tahun dan umur kemasukan terakhir adalah enam puluh lima (65) tahun.
- **Pengiraan Premium secara Berkelompok** – Premium insurans tidak dijamin. Akan tetapi, kenaikan harga premium adalah secara berkelompok dan perlu diluluskan oleh Bank Negara Malaysia. Ini bermaksud mereka yang telah membuat tuntutan ke atas polisi tidak akan dikenakan premium yang lebih daripada mereka yang lain.
- **Tiada Had Tuntutan Setiap Hilang Upaya** – Selain daripada Had Tahunan Keseluruhan dan Had Jangka Hayat, tiada had lain yang dikenakan ke atas jumlah tuntutan untuk setiap hilang upaya.
- **Taraf Premium Unisex** – Premium insurans dikira mengikut umur dan tidak ada perbezaan diantara premium untuk lelaki dan wanita.
- **Kad Bantuan Kemasukan Hospital** - bagi panel hospital yang diluluskan – untuk kemudahan tuntutan.

PILIHAN PELAN

PACIFIC Medi-Pac menawarkan lima (5) pelan komprehensif pada kos yang berpatutan.

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 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 enam puluh lima (65) tahun layak memohon **PACIFIC Medi-Pac**. 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

Polisi tidak melindungi hilang upaya yang sedia ada dan lain-lain pengecualian yang dinyatakan di dalam polisi. Rawatan perubatan yang diterima oleh orang yang diinsuranskan di luar Malaysia tidak dilindungi sekiranya orang yang diinsuranskan tinggal atau membuat perjalanan di luar Malaysia lebih daripada sembilan puluh (90) hari berturut-turut sebelum rawatan di luar negara.

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.

2. Apakah perlindungan atau manfaat yang diberikan?

Tempoh perlindungan adalah selama satu (1) tahun. Anda mempunyai pilihan untuk memperbaharui polisi setiap tahun tertakluk kepada terma-terma dan syarat-syarat polisi.

JADUAL MANFAAT (Ringgit Malaysia)

SEKSYEN A	PELAN A	PELAN B	PELAN C	PELAN D	PELAN E
1. Bilik Hospital dan Makan, maksimum harian sehingga 365 hari	450	300	220	150	100
2. Unit Rawatan Rapi, maksimum harian sehingga 30 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 31 hari					
5. Bayaran Pakar Bius					
6. Bilik Bedah					
7. Rundingan Pakar Pra-Hospital, dalam masa 60 hari sebelum kemasukan					
8. Ujian Diagnostik Pra-Hospital, dalam masa 60 hari sebelum kemasukan					
9. Rundingan and Diagnosis Pra-Pembedahan, dalam masa 60 hari sebelum kemasukan					
10. Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital, maksimum harian sehingga 120 hari					
11. Rawatan Selepas Penghospitalan, dalam masa 60 hari selepas tarikh keluar hospital					
12. Bayaran Ambulans					
13. Rawatan Pesakit Luar Bagi Kemalangan Dan Kecemasan, bagi setiap kemalangan termasuk rawatan susulan sehingga 60 hari					
14. Rawatan Kecemasan Pergigian, bagi setiap kemalangan termasuk rawatan susulan sehingga 60 hari					
15. Rawatan Perubatan Tradisional	400	400	400	400	400
16. Elaun Tunai Harian Di Hospital Kerajaan, maksimum sehingga 60 hari	200	200	200	200	200
17. Penjagaan Di Rumah, maksimum harian sehingga 60 hari	200	175	150	125	100
18. Belanja Orang Tumpangan (maksimum setiap hilang upaya)	400	300	250	200	150
19. Bayaran Laporan Perubatan, setiap hilang upaya	100	100	100	100	100
20. Rawatan Kecemasan untuk Penyakit, setiap hilang upaya	100	100	100	100	100
Had Tahunan Keseluruhan bagi Seksyen A	100,000	80,000	60,000	40,000	30,000
SEKSYEN B (tambahan kepada Had Tahunan Keseluruhan)					
1. Transplan Organ, setiap hilang upaya	30,000	30,000	30,000	30,000	30,000
2. Rawatan Kanser Pesakit Luar, setahun	60,000	50,000	40,000	30,000	20,000
3. Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar, setahun	30,000	25,000	20,000	15,000	10,000
Had Seumur Hidup (Seksyen A and B)	500,000	400,000	300,000	200,000	150,000

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 Syarikat. Premium bagi risiko standard adalah seperti berikut:

JADUAL PREMIUM TAHUNAN (Ringgit Malaysia)

Umur Pada Harijadi Berikut	Pelan A	Pelan B	Pelan C	Pelan D	Pelan E
30 hari - 18 tahun	1,012	856	713	582	505
19 tahun - 25 tahun	879	746	624	512	447
26 tahun - 30 tahun	947	804	672	551	480
31 tahun - 35 tahun	1,152	976	815	667	581
36 tahun - 40 tahun	1,434	1,214	1,013	828	720
41 tahun - 45 tahun	1,746	1,477	1,232	1,006	874
46 tahun - 50 tahun	2,046	1,731	1,442	1,177	1,022
51 tahun - 55 tahun	2,839	2,400	1,998	1,629	1,412
56 tahun - 60 tahun	3,923	3,315	2,758	2,247	1,947
61 tahun - 65 tahun	5,340	4,510	3,751	3,054	2,645
66 tahun - 70 tahun (pembaharuan sahaja)	7,128	6,020	5,005	4,073	3,526
71 tahun - 75 tahun (pembaharuan sahaja)	9,328	7,876	6,546	5,326	4,610
76 tahun - 80 tahun (pembaharuan sahaja)	11,975	10,110	8,403	6,835	5,915

Terma Pembayaran: Tunai Sebelum Lindung

Premium pembaharuan tidak dijamin dan Syarikat berhak menyemak semula kadar premium yang dikenakan pada masa pembaharuan. Faktor-faktor yang mungkin menyebabkan pelarasan premium semasa pembaharuan adalah inflasi perubatan, pengalaman tuntutan dan faktor-faktor lain yang boleh menjejaskan kelestarian portfolio. 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 satu (1) bulan sebelum pembaharuan. Adalah penting bagi pemegang polisi untuk menerima dan menyimpan resit daripada Syarikat sebagai bukti pembayaran premium.

4. Selain daripada premium, 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 diatas 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 diatas 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 mengembalikan polisi itu kepada Syarikat untuk pembatalan dengan syarat permohonan untuk pembatalan diserahkan oleh orang yang diinsuranskan kepada Syarikat dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh penyerahan polisi. Orang yang diinsuranskan itu layak menerima pulangan penuh premium yang telah dibayar tolak belanja perubatan yang ditanggung oleh Syarikat untuk mengeluarkan polisi tersebut.

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 akan 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 pada kadar yang diumumkan yang melebihi 10% daripada manfaat yang anda layak.

Pembaharuan sehingga Umur Lapan Puluh (80) pada Harijadi berikutnya

Polisi ini boleh diperbaharui setiap tahun mengikut pilihan pemegang polisi sehingga umur lapan puluh (80) tahun dan umur kemasukan terakhir adalah enam puluh lima (65) 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 memberi perlindungan semasa di dalam perjalanan atau semasa tinggal di luar negara tidak melebihi sembilan puluh (90) hari berturut-turut. Namun tiada manfaat akan dibayar jika niat anda adalah untuk mencari rawatan di luar negara sedangkan rawatan boleh diperolehi di tempatan kecuali di tempat itu kerana keadaan kecemasan perubatan atau atas cadangan daripada seorang pakar perubatan perlu dipindahkan ke hospital di luar Malaysia kerana sifat khas perubatan, bantuan, maklumat atau keputusan yang tidak dapat diberikan atau disediakan atau diambil di Malaysia.

Rawatan di luar negara bagi sesuatu penyakit atau kecederaan yang didiagnosis di Malaysia dan keadaan bukan kecemasan atau kronik di mana rawatan boleh ditunda sampai kembali ke Malaysia tidak dilindungi.

Anda boleh memohon untuk memperluaskan polisi anda bagi merangkumi rawatan elektif di Singapura dan Brunei dengan membayar premium beban seperti yang dikenakan oleh Syarikat.

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 pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasan atau pembedahan (Keratotomi 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 siuman atau tidak siuman.

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, akupunktur, akutekanan, refleksologi, pengikatan tulang, rawatan pakar herba, urut atau terapi aroma 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 jantung.

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 keatas polisi.

Kaedah Pembayaran Premium Tahunan

<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

Kaedah Pembayaran Premium Setengah Tahun

<u>Tempoh</u>	<u>Tempoh Pembayaran Tahunan (bulan)</u>	<u>Pembayaran Balik Premium Modal</u>
Tidak melebihi 15 hari	1	80%
Tidak melebihi 1 bulan	2	70%
Tidak melebihi 2 bulan	4	50%
Tidak melebihi 3 bulan	6	30%
Tidak melebihi 4 bulan	8	20%
Tidak melebihi 5 bulan	10	10%
Tidak melebihi 6 bulan	12	Tiada bayaran balik Premium

Kaedah Pembayaran Premium Suku Tahun

<u>Tempoh</u>	<u>Tempoh Pembayaran Tahunan (bulan)</u>	<u>Pembayaran Balik Premium Modal</u>
Tidak melebihi 15 hari	2	70%
Tidak melebihi 1 bulan	4	50%
Tidak melebihi 2 bulan	8	20%
Tidak melebihi 3 bulan	12	Tiada bayaran balik Premium

Tidak ada bayaran balik premium di bawah mod bayaran caruman bulanan.

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. inouis 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 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-Pro
- (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 *insuransinfo* 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 Bhd

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 Fax: +603-2174 1515

Email: 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 PERLU 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 24 Mei 2019. 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 dibawah 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, Ground Floor, 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: 07-3383365 Fax: 07-332 2079

Klang

No. 42, Pelangi Avenue
Jalan Kelicap 42A/KU1
41050 Klang, Selangor
Tel: 03-3341 0115 Fax: 03-3341 0103

Kota Kinabalu

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

Kuantan

Ground Floor, B36 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 & Level 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")

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