

HOSPITALISATION AND SURGICAL SCHEME FOR FOREIGN WORKERS (SKHPPA)

WHEREAS the Policyholder / Insured Person by an application and declaration which shall be the basis of this contract and is deemed to be incorporated herein has applied to **The Pacific Insurance Berhad** (hereinafter called "the Company") for the insurance contained in this Policy.

THIS POLICY is issued in consideration of the payment of premium as specified in the Policy Schedule and pursuant to the answers given in your Proposal Form (or when You applied for this insurance) and any other disclosures made by You between the time of submission of your Proposal Form (or when You applied for this insurance) and the time this contract is entered into. The answers and any other disclosures given by You shall form part of this contract of insurance between You and Us. In the event of any pre-contractual misrepresentation made in relation to your answers or in any disclosures made by You, 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.

NOW THIS POLICY WITNESSETH that if during the Period of Insurance, any sickness, disease illness or accidental injury necessitates the Insured Person to be confined to a Malaysian Government Hospital for treatment, the Company will subject to the terms, provisos, exclusions and conditions of and endorsed on this Policy, pay to the Insured / Insured Person or his legal personal representatives the sum or sums stated in the Schedule of Benefits.

Provided always that this Policy shall become effective as of the date stated in the Policy Schedule. This Policy shall be issued for one year and at the end of each period of insurance may be renewed for another year subject to the consent of the Company.

DEFINITIONS

ACCIDENT shall mean a sudden, unintentional, unexpected, unusual, and specific event that occurs at an identifiable time and place which shall, independently of any other cause, be the sole cause of bodily injury.

ANY ONE DISABILITY shall mean all of the periods of disability arising from the same cause including any and all complications there from except that if the Insured Person completely recovers and remains free from further treatment (including drugs, medicines, special diet or injection or advice from the conditions) of the disability for at least ninety (90) days following the latest date of discharge and subsequent disability from the same cause shall be considered as though it were a new disability.

DISABILITY shall mean a Sickness, Disease, Illness or the entire Injuries arising out of a single or continuous series of causes.

CONGENITAL CONDITIONS shall mean any medical or physical abnormalities existing at the time of birth, as well as neo-natal physical abnormalities developing within six (6) months from the time of birth. They will include hernias of all types and epilepsy except when caused by a trauma which occurred after the date that the insured was continuously covered under this Policy.

DAY shall mean the definition of a charging day adopted by the Malaysian Government Hospital concerned.

DAY SURGERY shall mean a patient who needs the use of a recovery facility for a surgical procedure on a pre-planned basis at the hospital/specialist clinic (but not for overnight stay)

DOCTOR OR PHYSICIAN OR SURGEON shall mean a registered medical practitioner qualified and licensed to practice western medicine and who, in rendering such treatment, is practicing within the scope of his licensing and training in the geographical area of practice, but excluding a doctor, physician or surgeon who is the Insured Person himself.

HOSPITAL CONFINEMENT shall mean the Insured Person being duly registered and admitted as an in-patient in a Malaysian Government Hospital for more than twelve (12) hours.

HOSPITAL shall mean an establishment duly constituted and registered as a non-corporatized Malaysian Government Hospital for the care and treatment of sick and injured persons, and which:

- has organized facilities for diagnosis, treatment and major surgery;
- provides twenty-four (24) hours a day nursing services by registered graduate nurses;
- is under the supervision of a Physician; and
- is not primarily a clinic, a place for custodial care for alcoholics or drug addicts, a nursing or rest or convalescent home for the aged and similar establishment.

MALAYSIAN GOVERNMENT HOSPITAL shall mean a hospital which charges of services are subject to the Fees Act 1951 Fees (Medical) Order 1982 and/or its subsequent amendments if any.

SICKNESS, DISEASE OR ILLNESS shall mean a physical condition marked by a pathological deviation from the normal healthy state.

INJURY shall mean bodily injury caused solely by accident.

POLICYHOLDER shall mean a person or corporate entity who has applied for this insurance from the Company and who is an employer or bona fide foreign workers.

INSURED PERSON shall mean the Eligible Person having accepted by the Company to participate in the Scheme as described in the Policy Schedule.

ELIGIBLE PERSON shall mean the present and future full-time foreign worker employees of the Policyholders who are between eighteen (18) to fifty-nine (59) years of age and who are bona fide holders of valid work permits/Pas Lawatan Kerja Sementara issued by the relevant Malaysian government authority.

INTENSIVE CARE UNIT shall mean a section within the Malaysian Government Hospital which is designated as an Intensive Care Unit by the Malaysian Government Hospital and which is maintained on a twenty-four (24) hour basis solely for treatment of patients in critical condition and is equipped to provide special nursing and medical services not available elsewhere in the Malaysian Government Hospital.

OVERALL ANNUAL LIMIT shall mean benefits payable in respect of expenses incurred for treatment provided to the Insured Person during the period of insurance shall be limited to Overall Annual Limits as stated in the Schedule of Benefits irrespective of type/types of disability. In the event the Overall Annual Limit having been paid, all insurance for the Insured Person hereunder shall immediately cease to be payable for the remaining policy year.

PRE-EXISTING ILLNESSES shall be limited to disabilities which existed before the effective date of cover and for which the Insured Person should have reasonably been aware of. An Insured Person may be considered to have reasonable knowledge of a pre-existing condition where the condition is one for which:

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

REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGES shall mean charges for medical care which is medically necessary shall be considered reasonable and customary to the extent that it does not exceed the general level of charges being made by others of similar standing in the locality where the charge is incurred, when furnishing like or comparable treatment, services or supplies to individual of the same sex and of comparable age for a similar sickness, disease or injury and in accordance with accepted medical standards and practice could not have been omitted without adversely affecting the Insured Person's medical condition.

SPECIFIED ILLNESSES shall mean the following disabilities and its related complications, occurring within the first one hundred and twenty (120) days of Insurance of the Insured Person:

- (a) Cardiovascular disease
- (b) All cancers

SURGERY shall mean any of the following medical procedures:

- (a) To incise, excise or electrocauterize any organ or body part, except for dental services.
- (b) To repair, revise, or reconstruct any organ or body part.
- (c) To reduce by manipulation a fracture or dislocation.
- (d) Use of endoscopy to remove a stone or object from the larynx, bronchus, trachea, esophagus, stomach, intestine, urinary bladder or urethra.

POLICY shall mean this agreement together with any endorsements therein, signed by the Company, the Policy Schedule attached hereto and the application form of the Insured Person all of which shall constitute the entire contract between the parties.

PERIOD OF INSURANCE shall mean the period specified in the Policy Schedule and during which the Insured Person is in immediate employment of the Insured or until the cessation of the work/employment permit whichever is the earlier BUT EXCLUDING the period when the Insured Person returns to his/her home country. Cover ceases from the time he/she leaves Malaysia and resumes upon his/her return to Malaysia. The territorial limit of this Policy is within Malaysia only.

DESCRIPTIONS OF BENEFITS

Daily Hospital Room and Board (Maximum up to thirty (30) days)

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges Medically Necessary for room accommodation and meals. The amount of the benefit shall be equal to the actual charges made by the Malaysian Government Hospital during the Insured Person's confinement, but in no event shall the benefit exceed, for any one day, the rate of Room and Board Benefit, and the maximum number of days as set forth in the Schedule of Benefits. The Insured Person will only be entitled to this benefit while confined to a Hospital as an in-patient.

Intensive Care Unit (Maximum up to fifteen (15) days)

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges Medically Necessary for actual room and board incurred during confinement as an in-patient in the Intensive Care Unit of the Malaysian Government Hospital. This benefit shall be payable equal to the actual charges made by the Malaysian Government Hospital subject to the maximum benefit for any one day, and maximum number of days, as set forth in the Schedule of Benefits. Where the period of confinement in an Intensive Care Unit exceeds the maximum set forth in the Schedule of Benefits, reimbursement will be restricted to the standard Daily Hospital Room and Board rate. No Hospital Room and Board Benefits shall be paid for the same confinement period where the Daily Intensive Care Unit Benefits is payable.

Hospital Supplies and Services

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges actually incurred for Medically Necessary general nursing, prescribed and consumed drugs and medicines, dressings, splints, plaster casts, x-ray, laboratory examinations, electrocardiograms, physiotherapy, basal metabolism test, intravenous injections and solutions, administration of blood and blood plasma but excluding the cost of blood and plasma whilst the Insured Person is confined as an in-patient in a Malaysian Government Hospital, up to the amount stated in the Schedule of Benefits.

Operating Theatre

Reimbursement of the Reasonable and Customary Operating Room charges incidental to the surgical procedure not exceeding the limits as set forth in the Schedule of Benefits.

Surgical Fees

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for a Medically Necessary surgery by the Specialists during confinement in hospital. If more than one surgery is performed for Any One Disability, the total payments for all the surgeries performed shall not exceed the maximum stated in the Schedule of Benefits.

Anaesthetist Fees

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges by the Anaesthetist for the Medically Necessary administration of anaesthesia not exceeding the limits as set forth in the Schedule of Benefits.

In-Hospital Physician Visits (Maximum up to thirty (30) days)

Reimbursement of Reasonable and Customary Charges by a Physician for Medically Necessary visiting an in-paying patient while confined for a non-surgical disability subject to a maximum of one (1) visit per day not exceeding the maximum number of days and amount as set forth in the Schedule of Benefits.

In-Hospital Specialist Consultation Visits (Maximum up to thirty (30) days)

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for the consultation by a legally licensed and qualified Medical Specialist, which is recommended by a Physician because of illness or injury while confined in hospital. The total amount payable shall not exceed the maximum specified in the Schedule of Benefits for Any One Disability.

Ambulance Fees/Medical Reports Fees

Reimbursement of Reasonable and Customary Charges incurred for necessary domestic ambulance service (inclusive of attendants) to and/or from the Malaysian Government Hospital. Payment will not be made if the Insured Person is not hospitalized and subject to the limits as set forth in the Schedule of Benefits. Under this benefit, the Company shall also reimburse the Insured the cost of obtaining medical report(s) but only if such reports are specifically required by the Company for its processing of claims.

SPECIAL PROVISIONS

PERSON ELIGIBLE

Eligible Persons for insurance under this Policy are those present and future full-time foreign worker employees of Policyholder who are actively engaged at their usual work on the date the persons are eligible to join the Policy.

Present foreign worker employees will be eligible to participate in the insurance on the commencement date of the Policy. Future foreign worker employees will be eligible to participate in the insurance according to the date mentioned in the application form.

If a foreign worker employee is not actively engaged at his/her usual work on the date he/she would otherwise be eligible in accordance with the abovementioned requirement, his/her eligibility date will be deferred to the first (1st) day of the month immediately following his/her return to active full-time work.

PERIOD OF COVER AND RENEWAL

This Policy shall become effective as for the date stated in the Schedule. The Policy Anniversary shall be one year after the effective date and annually thereafter. On each such anniversary, this Policy is renewable at the premium rates in effect at that time as notified by the Company.

This Policy is renewable at the option of the Company. In relation to policies which will not be renewed, or for which the renewal is to be deferred, the Company shall notify the Policy Holder / Insured of its decision to decline or defer renewal, together with reasons where appropriate, at least thirty (30) days before the policy anniversary date.

GEOGRAPHICAL TERRITORY

All benefits provided in this policy are applicable within Malaysia only for twenty-four (24) hours a day.

LIMITATION OF BENEFITS

All benefits provided in this Policy are only payable in the event the Insured Person is confined in a non-corporatised Malaysian Government Hospital.

EXCLUSIONS

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

1. Pre-existing illness. However, this exclusion is waived in the event the Insured Person passes the medical examination as confirmed by Fomema Sdn. Bhd. (FOMEMA) within thirty (30) days from the Insured Person's arrival to Malaysia.

2. Specified Illnesses occurring during the first one hundred and twenty (120) days of continuous cover.
3. Plastic/Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness (Radial Keratotomy) and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof.
4. 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.
5. Private nursing, rest cures or sanitarium care, illegal drugs, intoxication, sterilization, venereal disease and its sequelae, AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) or ARC (AIDS Related Complex) and HIV (Human Immunodeficiency Virus) related diseases, and any communicable diseases requiring quarantine by law.
6. Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions.
7. 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.
8. 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.
9. Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while sane or insane.
10. 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.
11. Ionising radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any nuclear weapons material.
12. 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.
13. Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical service or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bonesetting, herbalist treatment, massage or aromatherapy or other alternative treatment.
14. 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 Person and Disabilities arising out of duties of employment or profession that is covered under a Workman's Compensation Insurance Contract.
15. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
16. 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.
17. 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.
18. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.
19. Expenses incurred for sex changes.

GENERAL CONDITIONS

This Policy and the Policy Schedules shall be read together as one contract and any words or expressions to which a specific meaning has been attached in any part of this Policy or of the Policy Schedule shall bear such specific meaning wherever it may appear.

NOTICE

Every notice or communication to the Company shall be in writing and sent to the Company. No alteration in the terms of this Policy or any endorsement thereon, will be held valid unless the same is signed or initiated by an authorized representative of the Company.

CONDITION PRECEDENT TO LIABILITY

The due observance and the fulfillment of the terms, provisions and conditions of this Policy by the Insured and the Insured Persons and in so far as they relate to anything to be done or complied with by the Insured and Insured Persons shall be conditions precedent to any liability of the Company.

MISSTATEMENT OR OMISSION OF MATERIAL FACT

If:

- (a) any answer, disclosure or representation by You, before this contract of insurance is entered into, varied or renewed, in or to any proposal or declaration or query, has been deliberately or recklessly stated in any respect; or
 - (b) before this contract of insurance is entered into, varied or renewed, You have failed to disclose any fact You knew to be relevant to Our decision on whether to accept the risk or not and the rates and the terms to be applied; or
 - (c) any claim made shall be fraudulent or exaggerated, or if any false declaration or statement shall be made in support of such claim.
- then in any of the above cases, this Policy shall be void.

PREMIUM

During the Period of Insurance, the premium for insurance under this Policy is not guaranteed. The Company shall have the right to change the rate at which premiums shall be calculated, at the start of any Policy Year, provided that the Company notifies the Insured Person at least ninety (90) days in advance of the date such premium is due.

CHANGE OF RISK

The Insured Person shall give immediate notice in writing to the Company of any material change in his or her occupation, business, duties or pursuits and pay any additional premium that may be required by the Company.

CLAIM PROCEDURES

- (a) The Insured shall within thirty (30) days of a Disability that incurs claimable expenses, give written notice to the Company stating full particulars of such event, including all original bills and receipts, and a full Physician's report stipulating the diagnosis of the condition treated and the date the Disability commenced in the Physician's opinion and the Physician's summary of the cost of treatment including medicines and services rendered. Failure to furnish such notice within the time allowed shall not invalidate any claim if it is shown not to have been reasonably possible to furnish such notice and that such notice was furnished as soon as was reasonably possible.
- (b) The Insured Person shall immediately procure and act on proper medical advice and the Company shall not be held liable in the event a treatment or service becomes necessary due to failure of the Insured Person to do so.
- (c) Upon completion of submission of all relevant documents, the reimbursement of the claims shall be made within thirty (30) working days by the Company.

CANCELLATION

This Policy may be cancelled by the Policyholder at any time by giving a written notice to the Company; and provided that no claims have been made during the current policy year, the Policyholder shall be entitled to a refund of the premium as follow:

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

GOVERNING LAW

This Policy is issued under the laws of Malaysia and is subject and governed by the laws prevailing in Malaysia.

LEGAL PROCEEDINGS

No action at law or in equity shall be brought to recover on this Policy prior to expiration of sixty (60) days after written proof of loss has been furnished in accordance with the requirements of this Policy. If the Insured Person shall fail to supply the requisite proof of loss as stipulated by the terms, provisions and conditions of the Policy, the Insured Person may, within a grace period of one calendar year from the time that the written proof of loss was to be furnished, submit the relevant proof of loss to the Company with cogent reason(s) for the failure to comply with the Policy terms, provisions and conditions. The acceptance of such proof of loss shall be at the sole and entire discretion of the Company. After such grace period has expired, the Company will not accept, for any reason whatsoever, such written proof of loss.

TERMINATION OF INDIVIDUAL INSURANCE

The insurance of any one Insured Person shall terminate on the earlier happening of the following events:

- (a) upon expiration of the Insured Person's work permit or upon the termination of the employment contract between the Policyholder and the Insured Person named in the Schedule, or
- (b) from the date of the Immigration Department's Letter of Discharge, or
- (c) on the death of the Insured Person, or exhaustion of the Overall Annual Limit for that particular Insured Person, or
- (d) on the Policy Anniversary immediately following the 60th birthday of the Insured person, or
- (e) on the date when premium payments for the Insured Person's insurance are discontinued due to any cause, or
- (f) on the date of termination of the Policy by either the Policyholder or the Company, or
- (g) at the mid-night standard Malaysian time on the last day of the Period of Insurance unless the Insured Person is confined to a Government Hospital at such time. If this being the case, the time of termination shall be extended to:
 - (i) the time the Insured Person is discharged from the Government Hospital; or
 - (ii) the time the Overall Annual Limit shall have been exhausted whichever is the first to occur.

ALTERATIONS

The Company reserves the right to amend the terms and provisions of this Policy by giving a thirty (30) day prior notice in writing by ordinary post to the Insured's last known address in the Company's records, and such amendment will be applicable from the next renewal of this Policy. No alteration to this Policy shall be valid unless Authorized by the Company and such approval is endorsed thereon. The insurer should give thirty (30) days prior written notice to the Insured according to the last recorded address for any alterations made.

GRACE PERIOD

Notwithstanding the Cash before Cover condition, a Grace period of fourteen (14) days from its due date will be allowed for payment of each premium after the first Policy Year. During such fourteen (14) days, the Company shall remain liable there under if by the last of such days, the premium is actually paid. If any premium is not paid in respect of this Policy Contract before the end of the Grace period, this Policy Contract shall be deemed as terminated at the expiry date of the policy.

DUTY OF DISCLOSURE

Where You have applied for this insurance for the purpose of providing medical insurance benefits to your employees and their dependents, You had 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. 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.

IMPORTANT

The Policyholder shall read this Policy carefully and if any error or misdescription be found herein, or if the cover were not in accordance with the wishes of the Policyholder, advice should at once be given to the Company and the Policy returned for attention.

SCHEDULE OF BENEFITS (ANY ONE DISABILITY)

ITEM	BENEFITS	AMOUNT (RM)
1(a)	Daily Hospital Room and Board (Maximum up to 30 days)	As charged in accordance to charges consistent with Third (3rd) Class Room and Board to a maximum of RM160.00 per day in a Non-Corporatised Malaysian Government Hospital in conformance to the charges specified under Fees Act 1951, Fees (Medical) (Cost of Services) Order 2014 and/or its subsequent amendments.
1(b)	Intensive Care Unit (Maximum up to 15 days)	
2	Hospital Supplies and Services	
3	Operating Theatre	
4	Surgical fees (Excluding organ transplantation)	
5	Anaesthetist Fees	
6	In-Hospital Physician Visits (Maximum up to 30 days)	
7	In-Hospital Specialist Consultation Visits (Maximum up to 30 days)	
8	Ambulance Fees/Medical Report Fees	
Maximum Overall Annual Limit (Item 1-8)		RM20,000.00

IMPORTANT NOTE:

All benefits payable for any number of disabilities in any one given period of Insurance is subject to the Overall Annual Limit of RM20,000.00 per Insured Person.

SKIM KEMASUKAN HOSPITAL DAN PEMBEDAHAN PEKERJA ASING (SKHPPA)

BAHAWASANYA Yang Pemegang Polisi/ Orang Yang Diinsuranskan, menerusi permohonan dan perakuan yang menjadi asas kepada kontrak ini dan dianggap sebagai sebahagian daripadanya, telah memohon kepada **The Pacific Insurance Berhad** (seterusnya dirujuk sebagai "Syarikat") untuk insurans yang terkandung seterusnya dan telah membayar premium yang dinyatakan dalam Jadual Polisi sebagai pertimbangan untuk insurans sedemikian bagi tempoh yang dinyatakan di dalamnya.

POLISI INI dikeluarkan sejajar dengan pembayaran dari premium yang ditentukan dalam Jadual Polisi dan menurut kepada kenyataan yang telah dikemukakan di dalam borang cadangan (atau semasa permohonan insurans ini) dan segala kenyataan yang telah dibuat oleh pihak Anda pada atau semasa penyerahan borang cadangan (atau semasa permohonan insurans ini) dan pada masa perjanjian ini ditandatangani. Jawapan dan sebarang pernyataan lain yang Anda berikan akan menjadi sebahagian daripada kontrak insurans antara Anda dan pihak Kami. Sekiranya terdapat sebarang salah nyata pada pra-kontrak berhubung dengan jawapan Anda atau di mana-mana pernyataan yang diberikan oleh Anda, ia mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans Anda.

MAKA POLISI INI MEMPERAKUI bahawa jika dalam Tempoh Insurans, sebarang sakit, wabak, penyakit atau kecederaan akibat kemalangan memerlukan Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke Hospital Kerajaan Malaysia untuk rawatan, Syarikat akan, tertakluk kepada peraturan-peraturan, peruntukan-peruntukan, pengecualian-pengecualian dan syarat-syarat Polisi ini dan yang diendok kepada, membayar kepada Yang Diinsuranskan/Orang Yang Diinsuranskan atau wakil peribadinya yang sah di sisi undang-undang jumlah atau jumlah-jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Dengan syarat dalam segala hal bahawa Polisi ini akan berkuatkuasa pada tarikh yang dinyatakan dalam Jadual Polisi. Polisi ini akan dikeluarkan untuk tempoh satu tahun dan boleh dibaharui untuk tempoh satu tahun lagi pada akhir setiap tempoh insurans tertakluk kepada kebenaran Syarikat.

DEFINISI

KEMALANGAN hendaklah bermaksud kejadian yang berlaku secara tiba-tiba, tidak disengajakan, tidak dijangka, luar biasa dan yang tertentu pada masa dan di tempat yang dikenal pasti, yang hendaklah tanpa bergantung pada apa-apa sebab lain, menjadi satu-satunya sebab bagi kecederaan anggota badan.

MANA-MANA SATU HILANG UPAYA hendaklah bermaksud semua tempoh hilang upaya yang timbul daripada sebab yang sama termasuk mana-mana dan semua komplikasinya kecuali jika Orang Yang Diinsuranskan pulih sepenuhnya dan tidak perlu menjalani apa-apa rawatan lanjut (termasuk dadah, ubat, diet khas atau suntikan atau nasihat tentang keadaannya) bagi hilang upaya itu selama sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari selepas tarikh terakhir keluar hospital dan hilang upaya berikutnya akibat daripada sebab yang sama hendaklah dianggap seolah-olah hilang upaya itu adalah yang baru.

HILANG UPAYA hendaklah bermaksud Sakit, Wabak, Penyakit atau semua Kecederaan yang timbul daripada satu atau beberapa sebab yang berterusan.

PENYAKIT KONGENITAL hendaklah bermaksud apa-apa keabnormalan perubatan atau fizikal yang wujud sejak lahir, dan juga keabnormalan fizikal neonatal yang berkembang dalam tempoh enam (6) bulan dari tarikh kelahiran. Ini termasuk semua jenis hernia dan epilepsi kecuali disebabkan oleh trauma yang berlaku selepas tarikh Orang Yang Diinsuranskan dilindungi secara berterusan di bawah Polisi ini.

HARI hendaklah bermaksud pentafsiran hari yang dikenakan bayaran oleh Hospital Kerajaan Malaysia yang berkenaan.

PEMBEDAHAN HARIAN hendaklah bermaksud pesakit yang perlu menggunakan kemudahan pemulihan untuk prosedur pembedahan yang dirancang terlebih dahulu di hospital/klinik pakar (tetapi bukan untuk bermalam).

DOKTOR ATAU PAKAR PERUBATAN ATAU PAKAR BEDAH hendaklah bermaksud pengamal perubatan berdaftar yang layak dan berlesen untuk mengamalkan perubatan barat dan yang, semasa memberikan rawatan itu, mengamalkannya mengikut skop pelesenan dan latihannya di kawasan geografi profesion tersebut diamalkan, tetapi tidak termasuk doktor, pakar perubatan atau pakar bedah yang merupakan Orang Yang Diinsuranskan itu sendiri.

PENGINAPAN HOSPITAL hendaklah bermaksud Orang Yang Diinsuranskan didaftar dan dimasukkan sebagai pesakit yang dirawat dalam Hospital Kerajaan Malaysia selama lebih daripada dua belas (12) jam.

HOSPITAL hendaklah bermaksud pertubuhan berlesen yang ditubuhkan dan didaftarkan sewajarnya sebagai Hospital Kerajaan Malaysia bukan korporat untuk jagaan dan rawatan orang yang sakit dan cedera, dan yang:

- mempunyai kemudahan teratur untuk diagnosis, rawatan dan pembedahan utama;
- menyediakan khidmat jagaan dua puluh empat (24) jam sehari oleh jururawat berdaftar dan siswazah;
- di bawah penyeliaan Pakar Perubatan; dan
- bukan terutamanya sebuah klinik, tempat penjagaan untuk ketagih alkohol dan dadah, pusat jagaan atau rumah pemulihan atau rumah orang tua atau pertubuhan yang serupa.

HOSPITAL KERAJAAN MALAYSIA hendaklah bermaksud hospital yang bayaran khidmatnya tertakluk kepada Akta Fi 1951 Perintah Fi (Perubatan) 1982 dan/atau pindaan berikutnya jika ada.

SAKIT, WABAK ATAU PENYAKIT hendaklah bermaksud keadaan fizikal yang ditunjukkan dari segi patologi berbeza daripada keadaan kesihatan yang normal.

KECEDERAAN hendaklah bermaksud kecederaan anggota badan yang semata-mata disebabkan oleh kemalangan.

PEMEGANG POLISI hendaklah bermaksud orang atau entiti korporat yang telah memohon untuk insurans ini daripada Syarikat dan merupakan majikan pekerja asing yang sah.

ORANG YANG DIINSURANSKAN hendaklah bermaksud Orang Yang Layak yang telah diterima oleh Syarikat untuk menyertai Skim seperti yang diuraikan dalam Jadual Manfaat.

ORANG YANG LAYAK hendaklah bermaksud pekerja asing semasa dan masa depan Pemegang Polisi yang bekerja sepenuh masa dan berusia antara lapan belas (18) hingga lima puluh sembilan (59) tahun dan merupakan pemegang sah permit/Pas Lawatan Kerja Sementara yang masih berkuat kuasa, yang dikeluarkan oleh pihak berkuasa kerajaan Malaysia yang berkenaan.

UNIT RAWATAN RAPI hendaklah bermaksud satu bahagian di Hospital Kerajaan Malaysia yang dinamakan sebagai Unit Rawatan Rapi oleh Hospital Kerajaan Malaysia dan yang diselenggara dua puluh empat (24) jam hanya untuk rawatan bagi pesakit dalam keadaan kritikal dan dilengkapi khidmat jagaan dan perubatan khas yang tidak disediakan di mana-mana bahagian lain Hospital Kerajaan Malaysia itu.

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

PENYAKIT SEDIA ADA hendaklah terhad kepada hilang upaya yang wujud sebelum tarikh kuat kuasa perlindungan dan untuk mana Orang Yang Diinsuranskan patut mengetahui sewajarnya. Orang Yang Diinsuranskan dianggap mengetahui sewajarnya keadaan sedia ada itu apabila:

- Orang Yang Diinsuranskan telah menerima atau sedang menerima rawatan;
- nasihat, diagnosis, jagaan atau rawatan perubatan telah disyorkan;
- simptom yang jelas dan tepat dapat atau telah dilihat dengan nyata; atau
- kewujudannya dapat diperhatikan dengan jelas kepada orang yang mengalami keadaan itu.

BAYARAN MUNASABAH DAN BIASA DIAMALKAN hendaklah bermaksud bayaran rawatan perubatan yang perlu dari segi perubatan, yang dianggap munasabah dan biasa diamalkan selagi bayaran itu tidak melebihi had biasa bayaran yang dibuat oleh pihak lain yang sama kedudukannya ditempat bayaran itu dikenakan, apabila memberikan rawatan, khidmat atau bekalan seumpamanya atau yang serupa kepada individu dengan jantina yang sama dan kategori umur yang sama untuk sakit, penyakit atau kecederaan serta selaras dengan piawai dan amalan perubatan yang diterima dan tidak boleh diabaikan tanpa menjejaskan keadaan perubatan Orang Yang Diinsuranskan.

PENYAKIT TERTENTU hendaklah bermaksud hilang upaya berikut dan komplikasi yang berkaitan dengannya, yang wujud dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama Insurans bagi Orang Yang Diinsuranskan:

- Penyakit kardiovaskular
- Semua kanser

PEMBEDAHAN hendaklah bermaksud mana-mana prosedur perubatan yang berikut:

- Untuk menginsisi, mengeksi atau mengelektrokauteri mana-mana bahagian organ atau badan, kecuali untuk khidmat pergigian.
- Untuk membaiki, mengubah atau membentuk semula mana-mana bahagian organ atau badan.
- Untuk mengurangkan fraktur atau dislokasi melalui manipulasi.
- Penggunaan endoskopi untuk mengeluarkan batu atau objek dari larinks, bronkus, trakea, esofagus, perut, usus, pundi kencing atau uretra.

POLISI hendaklah bermaksud perjanjian ini bersama dengan sebarang endorsemen di dalamnya, yang ditandatangani oleh Syarikat, Jadual Manfaat yang dilampirkan kepadanya dan borang permohonan Orang Yang Diinsuranskan yang kesemuanya meliputi keseluruhan kontrak antara kedua-dua pihak.

TEMPOH INSURANS hendaklah bermaksud tempoh yang dinyatakan dalam Jadual Polisi dan dalam mana Orang Yang Diinsuranskan bekerja secara langsung untuk Yang Diinsuranskan atau sehingga tamat pekerjaan/permit kerja yang mana lebih awal TETAPI TIDAK TERMASUK tempoh apabila Orang Yang Diinsuranskan kembali ke negara asalnya. Perlindungan tamat dari masa beliau meninggalkan Malaysia dan disambung semula apabila beliau kembali ke Malaysia. Had Liputan kawasan Polisi adalah di dalam Malaysia sahaja.

KITA/KAMI/SYARIKAT hendaklah bermaksud The Pacific Insurance Berhad (91603-K), 40-01, Q Sentral, 2A Jalan Stesen Sentral 2, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur, Malaysia. (P.O. Box 12490, 50780 Kuala Lumpur, Malaysia.) yang adalah syarikat insurans / pengeluar Polisi.

ANDA/MILIK ANDA hendaklah bermaksud Pemegang Polisi dan/atau Orang Yang Diinsuranskan yang berkenaan.

JENIS MANFAAT

Bilik Hospital dan Makan Harian (Maksimum sehingga tiga puluh (30) hari)

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

Unit Rawatan Rapi (Maksimum sehingga lima belas (15) hari)

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

Bekalan dan Khidmat Hospital

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang sebenarnya ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk jagaan am, dadah dan ubat yang dipreskripsikan dan dimakan, pencucian dan pembalutan luka, anduh, acuan plaster, sinar-x, pemeriksaan makmal, elektrokardiogram, fisioterapi, ujian metabolisma basal, suntikan dan larutan intraena, pemberian darah dan plasma darah tetapi tidak termasuk kos darah dan plasma semasa Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital sebagai pesakit dalam di Hospital Kerajaan Malaysia, hingga jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Bilik Bedah

Pembayaran balik bagi bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk Bilik Bedah yang berkaitan dengan prosedur pembedahan tidak melebihi had-had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

Bayaran Pembedahan

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk pembedahan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar, semasa tinggal di hospital. Jika lebih daripada satu pembedahan dijalankan bagi Mana-Mana Satu Hilang Upaya, jumlah bayaran untuk semua pembedahan yang dijalankan, tidak boleh melebihi jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Bayaran Pakar Bius

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

Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (Maksimum sehingga tiga puluh (30) hari)

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan oleh Pakar Perubatan untuk lawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan ke atas pesakit dalam berbayar semasa dimasukkan ke hospital kerana hilang upaya bukan pembedahan tertakluk kepada maksimum satu (1) lawatan sehari tidak melebihi bilangan hari dan jumlah maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

Lawatan Rundingan Pakar Dalam Hospital (maksimum sehingga tiga puluh (30) hari)

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan bagi rundingan oleh Pakar yang berlesen secara sah dan berkelayakan, yang disarankan oleh Pakar Perubatan disebabkan penyakit atau kecederaan semasa tinggal di hospital. Jumlah keseluruhan yang dibayar tidak boleh melebihi jumlah maksimum yang ditetapkan di Jadual Manfaat bagi Mana-Mana Satu Hilang Upaya.

Bayaran Ambulans/Bayaran Laporan Perubatan

Pembayaran balik bagi bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung untuk khidmat ambulans rumah (termasuk atendan) ke dan/atau dari Hospital Kerajaan Malaysia. Bayaran tidak akan dibuat jika Orang Yang Diinsuranskan itu tidak dimasukkan ke hospital dan tertakluk kepada had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Di bawah manfaat ini, Syarikat juga akan membayar balik Yang Diinsuranskan kos bagi mendapatkan laporan perubatan namun hanya jika laporan tersebut secara khusus diperlukan oleh pihak Syarikat bagi memproses tuntutan.

PERUNTUKAN KHAS

ORANG-ORANG YANG LAYAK

Orang-Orang Yang Layak diinsuranskan di bawah Polisi ini adalah pekerja asing semasa dan masa depan Pemegang Polisi yang bekerja sepenuh masa dan terlibat secara aktif dalam tugas biasa pada tarikh mereka layak menyertai Polisi.

Kakitangan pekerja asing semasa layak untuk menyertai insurans pada tarikh permulaan polisi. Kakitangan pekerja asing pada masa depan layak untuk menyertai insurans pada tarikh yang dinyatakan dalam borang permohonan.

Jika seorang kakitangan tidak terlibat secara aktif dalam tugas biasanya pada tarikh beliau sepatutnya layak mengikut keperluan yang dinyatakan di atas, tarikh kelayakannya akan ditangguhkan hingga ke hari pertama (1) bulan yang berikut selepas beliau kembali bertugas sepenuh masa secara aktif.

TEMPOH PERLINDUNGAN DAN PEMBAHARUAN

Polisi ini hendaklah berkuat kuasa mengikut tarikh yang dinyatakan dalam Jadual. Ulang tahun Polisi adalah satu (1) tahun selepas tarikh kuat kuasa dan setiap tahun berikutnya. Pada setiap ulang tahun itu, Polisi ini boleh dibaharui pada kadar premium yang berkuat kuasa pada masa itu seperti yang dimaklumkan oleh Syarikat.

Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan Syarikat. Bagi polisi-polisi yang tidak dibaharui, atau yang pembaharuannya ditangguh, pihak Syarikat akan memaklumkan Pemegang Polisi/ Yang Diinsuranskan akan keputusannya untuk menolak atau menangguh pembaharuan, bersama dengan sebab-sebab di mana berkenaan, sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari sebelum tarikh ulang tahun polisi.

WILAYAH GEOGRAFI

Semua manfaat yang disediakan dalam polisi ini adalah terpakai dalam Malaysia sahaja untuk dua puluh empat (24) jam sehari.

HAD MANFAAT

Semua manfaat yang disediakan di Polisi ini adalah hanya berbayar jika Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke Hospital Kerajaan Malaysia bukan korporat.

PENGECUALIAN

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

1. Penyakit sedia ada. Walau bagaimanapun, pengecualian tersebut adalah digugurkan sekiranya Orang Yang Diinsuranskan telah lulus pemeriksaan perubatan dan disahkan oleh Fomema Sdn. Bhd. (FOMEMA) dalam masa 30 hari ketibaan ke Malaysia.
2. Penyakit tertentu yang berlaku dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama bagi perlindungan berterusan.
3. Pembedahan plastik/kosmetik, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasan atau pembedahan (Keratotomi Radial) dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik seperti anggota tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.
4. 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.
5. 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 (Sindrom Kurang Daya Tahan Manusia), dan apa-apa penyakit berjangkit yang memerlukan kuarantin oleh undang-undang.
6. Apa-apa rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.
7. 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 ketidaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impotensi atau pensterilan.
8. 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.
9. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.
10. 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.
11. 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.
12. 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 transplant organ dan komplikasinya.
13. 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.
14. 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.
15. Gangguan psikotik, mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).
16. Kos/belanja bagi khidmat yang bersifat bukan perubatan, seperti televisyen, telefon, khidmat telex, radio atau kemudahan yang serupa, kit/pek kemasukan dan barang bukan perubatan lain yang tidak layak.
17. Sakit atau Kecederaan yang timbul daripada apa-apa jenis perlumbaan (kecuali perlumbaan jalan kaki), sukan berbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjun udara, luncur air, aktiviti dalam air yang memerlukan alat pernafasan, sukan musim sejuk, sukan profesional dan aktiviti yang tidak dibenarkan.
18. Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.
19. Belanja yang ditanggung untuk menukar jantina.

SYARAT-SYARAT AM

Polisi ini dan Jadualnya hendaklah dibaca bersama sebagai satu kontrak dan sebarang perkataan atau penyertaan yang disertakan dengan makna khusus dalam mana-mana bahagian Polisi atau Jadual hendaklah membawa makna khusus yang sama di mana juga ia digunakan.

NOTIS

Setiap notis atau komunikasi kepada Syarikat hendaklah dibuat secara bertulis dan dihantar kepada Syarikat. Pindaan bagi syarat dalam Polisi ini atau apa-apa pengendorsan padanya, tidak sah kecuali pindaan itu ditandatangani atau diparap oleh wakil Syarikat yang diberi kuasa.

PRASYARAT LIABILITI

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

SALAH NYATA ATAU KETINGGALAN FAKTA PENTING

Jika:

- sebarang jawapan, pendedahan atau pernyataan yang Anda berikan, sebelum kontrak insurans ini dimeterai, diubah atau diperbaharui, dalam atau kepada mana-mana cadangan atau perakuan atau pertanyaan, yang dibuat secara sengaja atau melulu dari segenap segi; atau
- sebelum kontrak insurans ini dimeterai, diubah atau diperbaharui, Anda gagal mendedahkan apa-apa fakta yang Anda ketahui yang berkaitan dengan keputusan Kami untuk menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan;
- atau apa-apa tuntutan yang dibuat berbentuk penipuan atau ditokok-tambah, atau sebarang perakuan atau kenyataan palsu dibuat untuk menyokong tuntutan tersebut.

maka dalam mana-mana hal di atas, Polisi ini adalah batal.

PREMIUM

Ketika tempoh insurans, premium untuk insurans di bawah Polisi ini adalah tidak terjamin. Syarikat berhak untuk menukar kadar pada mana premium dikira, pada permulaan mana-mana Tahun Polisi, dengan syarat Syarikat memaklumkan Orang Yang Diinsuranskan sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari lebih awal dari tarikh premium tersebut perlu dibayar.

PERUBAHAN DALAM RISIKO

Orang Yang Diinsuranskan hendaklah segera memberikan notis secara bertulis kepada Syarikat tentang apa-apa perubahan penting dalam pekerjaan, perniagaan, tugas atau hobi dan membayar apa-apa premium tambahan yang mungkin dikehendaki oleh Syarikat.

PROSEDUR TUNTUTAN

- Orang Yang Diinsuranskan hendaklah dalam tempoh tiga puluh (30) hari Hilang Upaya yang melibatkan belanja boleh tuntutan, memberikan notis bertulis kepada Syarikat dengan menyatakan butiran lengkap kejadian tersebut, termasuk semua bil dan resit asal, serta laporan lengkap Pakar Perubatan yang menyatakan diagnosis keadaan yang dirawat dan tarikh Hilang Upaya bermula mengikut pendapat Pakar Perubatan dan rumusan kos rawatan oleh Pakar Perubatan termasuk ubat dan khidmat yang diberikan. Kegagalan memberikan notis tersebut dalam tempoh yang dibenarkan tidak boleh membatalkan apa-apa tuntutan jika ditunjukkan tidak munasabah untuk memberikan notis itu dan notis itu telah diberikan secepat mungkin.
- Orang Yang Diinsuranskan hendaklah mendapatkan dan bertindak berdasarkan nasihat perubatan yang sewajarnya dan Syarikat tidak bertanggungjawab jika rawatan atau khidmat diperlukan berikutan kegagalan Orang Yang Diinsuranskan berbuat demikian.
- Setelah semua dokumen berkaitan lengkap dikemukakan, pembayaran balik tuntutan akan dibuat dalam masa tiga puluh (30) hari bekerja oleh Syarikat.

PEMBATALAN

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

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

UNDANG-UNDANG MENGAWAL POLISI

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

PROSIDING UNDANG-UNDANG

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

PENAMATAN INSURANS INDIVIDU

Insurans bagi mana-mana satu Orang Yang Diinsuranskan akan tamat apabila berlaku kejadian-kejadian berikut, yang mana lebih awal:

- (a) apabila habis tempoh permit kerja Orang Yang Diinsuranskan atau apabila kontrak pekerjaan antara Pemegang Polisi dan Orang Yang Diinsuranskan yang dinamakan dalam Jadual ditamatkan, atau
- (b) dari tarikh Surat Pelepasan daripada Jabatan Imigresen, atau
- (c) apabila Orang Yang Diinsuranskan meninggal dunia atau apabila kehabisan Had Tahunan Keseluruhan bagi Orang Yang Diinsuranskan, atau
- (d) pada Ulang Tahun Polisi seterusnya selepas hari lahir ke-60 Orang Yang Diinsuranskan, atau
- (e) pada tarikh apabila pembayaran premium bagi Orang Yang Diinsuranskan diberhentikan atas sebarang sebab, atau
- (f) pada tarikh Polisi ini ditamatkan sama ada oleh Pemegang Polisi atau Syarikat, atau
- (g) pada tengah malam waktu standard Malaysia pada hari terakhir Tempoh Insurans melainkan pada waktu tersebut Orang Yang Diinsuranskan terlantar di sebuah Hospital Kerajaan. Jika keadaan ini berlaku, masa penamatan akan dilanjutkan sehingga:
 - (i) Orang Yang Diinsuranskan keluar dari Hospital Kerajaan; atau
 - (ii) Had Tahunan Keseluruhan telah dihabiskan yang mana berlaku dahulu.

PINDAAN

Syarikat berhak meminda terma dan peruntukan Polisi ini dengan memberikan notis awal tiga puluh (30) hari secara bertulis melalui pos biasa ke alamat terakhir Orang Yang Diinsuranskan yang diketahui mengikut rekod Syarikat, dan pindaan tersebut akan terpakai dari pembaharuan berikutnya bagi Polisi ini. Pindaan kepada Polisi ini tidak sah kecuali jika Diluluskan oleh Syarikat dan kelulusan itu hendaklah diendorsekan pada Polisi tersebut. Penanggung insurans hendaklah memberikan notis awal tiga puluh (30) hari secara bertulis kepada Orang Yang Diinsuranskan mengikut alamat terakhir yang direkodkan bagi mana-mana pindaan yang dibuat.

TEMPOH IHSAN

Meskipun terdapat syarat Tunai sebelum Perlindungan, tempoh Ihsan selama empat belas (14) hari dari tarikh perlu dibayar dibenarkan untuk pembayaran sebarang premium setelah Tahun Polisi pertama. Dalam tempoh selama empat belas (14) hari tersebut, Syarikat akan bertanggungjawab jika pada akhir tempoh berkenaan, premium telah dibayar.

Sekiranya sebarang premium berkaitan dengan Polisi Kontrak ini tidak berbayar sebelum tarikh tamat tempoh ihsan, Polisi Kontrak ini dianggap sebagai terbatal pada tarikh luput polisi ini.

KEWAJIPAN PENDEDAHAN

Apabila Anda telah memohon insurans ini untuk memberi manfaat insurans perubatan kepada pekerja Anda dan tanggungan mereka, Anda mempunyai tanggungjawab untuk mendedahkan apa-apa perkara yang Anda tahu yang 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. 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 diberikan di dalam Borang Cadangan (atau semasa Anda memohon untuk insurans ini) tidak tepat atau telah berubah.

PENTING

Pemegang Polisi akan membaca Polisi ini dengan teliti dan jika sebarang kesilapan atau salah nyataan ditemui disini, atau jika perlindungan bukan mengikut kehendak Pemegang Polisi, Syarikat harus dimaklumkan dengan segera dan Polisi dikembalikan untuk perhatian.

JADUAL MANFAAT (MANA-MANA SATU HILANG UPAYA)

PERKARA	MANFAAT	JUMLAH (RM)
1 (a)	Bilik Hospital dan Makan Harian (Maksimum sehingga 30 hari)	Bayaran yang dikenakan – mengikut bayaran yang selaras dengan Bilik dan Makan Kelas Ketiga (ke-3) sehingga maksimum RM160.00 sehari di Hospital Kerajaan Malaysia Bukan Korporat mengikut Akta Fi 1951, Perintah Fi (Perubatan) (Kos Perkhidmatan) 2014 dan/atau pindaan berikutnya.
1 (b)	Unit Rawatan Rapi (Maksimum sehingga 15 hari)	
2	Bekalan dan Khidmat Hospital	
3	Bilik Bedah	
4	Bayaran Pembedahan (Tidak merangkumi transplant organ)	
5	Bayaran Pakar Bius	
6	Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (Maksimum sehingga 30 hari)	
7	Lawatan Rundingan Pakar Dalam Hospital (Maksimum sehingga 30 hari)	
8	Bayaran Ambulans/Bayaran Laporan Perubatan	
Had Tahunan Keseluruhan Maksimum (Perkara 1-8)		RM20,000.00

NOTA PENTING:

Semua manfaat berbayar bagi apa-apa bilangan hilang upaya dalam mana-mana satu tempoh Insurans adalah tertakluk kepada Had Tahunan Keseluruhan sebanyak RM20,000.00 setiap Orang Yang Diinsuranskan.