

PACIFIC Medi-Major Plus

Excess Major Medical Expenses Insurance

Insurans Belanja Perubatan Utama Berlebihan



The Pacific Insurance Berhad is a member of Perbadanan Insurans Deposit Malaysia.

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

The Pacific Insurance Berhad adalah ahli Perbadanan Insurans Deposit Malaysia.

Manfaat-manfaat yang dibayar di bawah produk yang layak adalah dilindungi oleh PIDM sehingga had perlindungan. Sila rujuk Brosur Sistem Perlindungan Manfaat Takaful dan Insurans PIDM atau hubungi The Pacific Insurance Berhad atau PIDM (layari www.pidm.gov.my).

Peace of Mind

www.pacificinsurance.com.my

**PACIFIC
INSURANCE**
A member of the Fairfax Group

HOW MUCH MEDICAL INSURANCE IS ENOUGH FOR YOU AND YOUR FAMILY?

It is undeniable that serious illnesses and life-threatening diseases are on the rise. With **PACIFIC Medi-Major Plus**, you can top up your protection and be prepared for any major medical treatment at a very affordable price. **PACIFIC Medi-Major Plus** is an excess major medical insurance policy and acts as an insurance of last resort to take care of the shortfall after you have exhausted all other avenues of compensation from other medical insurances.

THE ADVANTAGES

- **Comprehensive Coverage** – **PACIFIC Medi-Major Plus** provides for necessary medical 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.
- **Unisex Premium Rates** – Premiums are age-banded but there is no distinction between male and female premium rates.
- **Outpatient Cancer Treatment** – The policy covers radiotherapy or chemotherapy treatment (excluding consultation, examination tests and take home drugs), subject to its Maximum Limit as indicated in the Schedule of Benefits.
- **Outpatient Kidney Dialysis** – The policy covers kidney dialysis treatment (excluding consultation, examination tests and take home drugs), subject to its Maximum Limit as indicated in the Schedule of Benefits.
- **Affordable Premium** – With a reasonable deductible per disability, the premium is made affordable for everyone.
- **Hospital Admission Assist** for approved panel of hospitals from the age of sixty-one (61) years – convenient claims.

CHOICE OF PLAN

PACIFIC Medi-Major Plus offers four (4) plans at affordable premiums.

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) to sixty-five (65) years may apply for **PACIFIC Medi-Major Plus**. 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?

PACIFIC Medi-Major Plus is an excess major medical insurance product and provides a “Top-Up” cover to other medical hospitalisation and surgical insurance policies. It is a policy of last resort which will only make payment after all avenues of compensation from other medical insurance policies have been fully utilised. This product also provides Hospital Admission Assist for insured persons from the age of sixty-one (61) years.

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
1. Hospital Room and Board, daily maximum incurred during policy period	2,000	1,500	1,000	500
2. Medical Treatment Expenses comprising - Intensive Care Unit, daily maximum incurred during policy period - Hospital Supplies and Services - Surgical Fees, including post-surgery care incurred during policy period - Anaesthetist Fee - Operating Theatre - Pre-Hospital Specialist Consultation, within 31 days prior to admission - Pre-Hospital Diagnostic Tests, within 31 days prior to admission - In-Hospital Physician Visit, daily maximum incurred during policy period - Post-Hospitalisation Treatment, incurred during policy period - Ambulance Fees - Nursing at Home - Organ Transplant	As Charged (subject to reasonable and customary charges)			
SECTION B				
1. Outpatient Cancer Treatment, per disability	240,000	180,000	120,000	60,000
2. Outpatient Kidney Dialysis Treatment, per disability	240,000	180,000	120,000	60,000
MAXIMUM LIMIT (SECTION A AND B)				
(a) Per Disability	1,000,000	750,000	500,000	200,000
(b) Overall Annual Limit	1,000,000	750,000	500,000	200,000
(c) Per Lifetime	3,000,000	2,250,000	1,500,000	600,000
Deductible Per Disability	40,000	30,000	20,000	10,000
SECTION C				
Hospital Admission Assist	Applicable from the age of 61 years			

3. What is the additional benefit provided?

From the age of sixty-one (61) years, the policyholder is entitled to Hospital Admission Assist. With Hospital Admission Assist, the insured person shall be entitled to seek treatment at the Company's approved panel of hospitals. The Company through its Third Party Administrator shall assist the policyholder to provide the Letter of Guarantee where possible when the insured person is treated in the Company's approved panel of hospitals.

4. 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 documentation is received in good order.

Deductible Per Disability

This is the amount of expenses you will bear for each disability. Only the amount exceeding this deductible (and all other avenues of compensation from other medical insurance policies) will be payable by this policy. If the amounts claimed from all other policies exceed the deductible per disability, it shall be deemed that the deductible per disability has been applied.

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 is higher 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.

5. 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.

6. 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 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 required quarantine by law.

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

Pregnancy, childbirth (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 aroma therapy 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 changes.

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

7. Can I cancel my policy?

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

<u>Period</u>	<u>Refund of Annual Premium</u>
Not exceeding 15 days	90% (applicable to renewal only)
Not exceeding 1 month	80%

<u>Period</u>	<u>Refund of Annual Premium</u>
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

8. How do I make a claim?

There are two (2) claim methods:

1. 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 and original official receipts. If the original bills and receipts have been used for other insurance claim or payment by employer, certified true copies of the bills and receipts are acceptable
- iv. referral letter from the general practitioner, if any
- v. any other evidence or claim documents
- vi. e-Payment Authorisation Form

2. For admission to the 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 03-9213 0104.

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

9. 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 correspondence reaches you in a timely manner.

10. What other types of Medical and Health Insurance cover are available?

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

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

11. 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
Co. Reg (New) 198201011878 (Old: 91603-K)
40-01, Q Sentral, 2A Jalan Stesen Sentral 2,
Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur, Malaysia.
(P.O. Box 12490, 50780 Kuala Lumpur, Malaysia.)
Tel: +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:

Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (BNMLINK)
Bank Negara Malaysia
4th Floor, Podium Bangunan AICB
No. 10, Jalan Dato' Onn
50480 Kuala Lumpur
Tel: 1-300-88-5465
Fax: +603-2174 1515
Web Form: bnm.gov.my/BNMLINK

Important Note:

1. 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.
2. 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 Pacific Insurance Berhad is licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia.

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.

BERAPAKAH INSURANS PERUBATAN YANG MEMADAI BAGI ANDA DAN KELUARGA ANDA?

Tidak dinafikan bahawa penyakit serius dan mengancam nyawa semakin meningkat. Dengan **PACIFIC Medi-Major Plus** anda boleh menambah perlindungan dan bersedia untuk sebarang rawatan perubatan yang besar pada kos yang berpatutan. **PACIFIC Medi-Major Plus** ialah insurans perubatan utama berlebihan dan bertindak sebagai sumber insurans yang terakhir dan akan menanggung kekurangan selepas anda kehabisan kesemua pampasan dari sumber insurans perubatan lain.

KELEBIHAN

- **Perlindungan Komprehensif** – **PACIFIC Medi-Major Plus** memberi rawatan perubatan yang diperlukan berdasarkan kepada caj yang munasabah dan biasa diamalkan 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.
- **Premium Harga Kelompok** – Premium adalah tidak dijamin dan tertakluk kepada perubahan. Walaubagaimanapun, sebarang kenaikan dalam premium adalah pada dasar portfolio. Ini bermakna bahawa pemegang polisi yang telah membuat tuntutan ke atas polisi tidak akan dikenakan premium yang lebih daripada mereka yang lain.
- **Kadar Premium Uniseks** – Premium dikira mengikut umur tetapi tidak ada perbezaan di antara kadar premium untuk lelaki dan wanita.
- **Rawatan Kanser Pesakit Luar** – Polisi ini menampung kos rawatan radioterapi dan kemoterapi (kecuali kos rundingan, ujian pemeriksaan dan ubat-ubatan yang dibawa pulang), tertakluk kepada Had Maksimum seperti yang tertera dalam Jadual Manfaat.
- **Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar** – Polisi ini menampung kos rawatan dialisis buah pinggang (kecuali kos rundingan, ujian pemeriksaan dan ubat-ubatan yang dibawa pulang), tertakluk kepada Had Maksimum seperti yang tertera dalam Jadual Manfaat.
- **Premium Yang Anda Mampu** – Dengan pemotongan yang berpatutan pada setiap hilang upaya, premium yang berpatutan disediakan untuk semua.
- **Bantuan Kemasukan Hospital** bagi panel hospital yang diluluskan dari umur enam puluh satu (61) tahun – untuk kemudahan tuntutan.

PILIHAN PELAN

PACIFIC Medi-Major Plus menawarkan empat (4) plan pada premium 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-Major Plus**. 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?

PACIFIC Medi-Major Plus adalah produk insurans perubatan utama berlebihan dan memberi perlindungan 'Tambahan' kepada polisi insurans perubatan penghospitalan dan pembedahan yang lain. Ia adalah polisi yang terakhir yang hanya akan membuat bayaran setelah menghabiskan semua cara lain mendapatkan pampasan dari insurans perubatan lain. Produk ini juga memberi Bantuan Kemasukan Hospital untuk orang yang diinsuranskan dari umur enam puluh (61) tahun.

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
1. Bilik Hospital Dan Makan, maksimum harian dalam tempoh polisi	2,000	1,500	1,000	500
2. Perbelanjaan Rawatan Perubatan terdiri daripada - Unit Rawatan Rapi, maksimum harian yang ditanggung dalam tempoh polisi - Bekalan dan Khidmat Hospital - Bayaran Pembedahan, termasuk penjagaan selepas pembedahan dalam tempoh polisi - Bayaran Pakar Bius - Bilik Bedah - Rundingan Pakar Pra-hospital, dalam jangka masa 31 hari sebelum kemasukan - Ujian Diagnostik Pra-hospital, dalam jangka masa 31 hari sebelum kemasukan - Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital, maksimum harian yang ditanggung dalam tempoh polisi - Rawatan Selepas Penghospitalan, dalam tempoh polisi - Bayaran Ambulans - Penjagaan Di Rumah - Transplan Organ	Seperti Yang Dicaaj (tertakluk kepada bayaran yang munasabah dan biasa diamalkan)			
SEKSYEN B				
1. Rawatan Kanser Pesakit Luar, bagi setiap hilang upaya	240,000	180,000	120,000	60,000
2. Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar, bagi setiap hilang upaya	240,000	180,000	120,000	60,000
HAD MAKSIMUM (SEKSYEN A DAN B)				
(a) Setiap Hilang Upaya	1,000,000	750,000	500,000	200,000
(b) Had Tahunan Keseluruhan	1,000,000	750,000	500,000	200,000
(c) Setiap Jangka Hayat	3,000,000	2,250,000	1,500,000	600,000
Deduktibel Setiap Hilang Upaya	40,000	30,000	20,000	10,000
SEKSYEN C				
Bantuan Kemasukan Hospital	Layak dari umur 61 tahun			

3. Apakah manfaat tambahan yang diberikan?

Dari umur enam puluh satu (61) tahun, pemegang polisi layak untuk mendapatkan Bantuan Kemasukan Hospital. Dengan Bantuan Kemasukan Hospital, orang yang diinsuranskan berhak untuk mendapatkan rawatan di panel hospital yang diluluskan oleh Syarikat. Syarikat ini melalui Pentadbir Pihak Ketiga akan membantu pemegang polisi untuk menyediakan Surat Jaminan di mana mungkin apabila orang yang diinsuranskan dirawat di panel hospital yang diluluskan oleh Syarikat.

4. 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/tanggungan, 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 kami. Sebagai tambahan kepada soalan-soalan di dalam borang cadangan (atau semasa memohon diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan 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.

Deduktibel Setiap Hilang Upaya

Ini merujuk kepada amaun belanja yang anda akan tanggung bagi setiap hilang upaya. Hanya amaun yang melebihi deduktibel ini (dan semua cara lain mendapatkan pampasan daripada polisi insurans perubatan lain) akan dibayar melalui polisi ini. Jika jumlah yang dituntut daripada kesemua polisi lain melebihi deduktibel setiap hilang upaya, ianya dianggap deduktibel setiap hilang upaya telah digunakan.

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 lebih tinggi 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.

5. 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.

6. 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 erektal dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pensterilan.

Penghospitan 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 penganas, 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 jantina.

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

7. 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.

<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

8. Bagaimana saya membuat tuntutan?

Ada 2 cara tuntutan:

1. Untuk kemasukan di hospital bukan panel

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

- borang tuntutan yang lengkap
- laporan perubatan yang asal
- invois hospital atau bil perubatan yang asal dan resit rasmi yang asal. Sekiranya bil dan resit yang asal telah digunakan untuk tuntutan insurans lain atau bayaran oleh majikan, salinan bil dan resit yang disahkan benar diterima
- surat rujukan dari pengamal perubatan, jika ada
- apa-apa lain bukti atau dokumen tuntutan
- Borang Kebenaran e-Bayaran

2. 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 03-9213 0104.

Adalah menjadi tanggungjawab pemegang polisi dalam membuat tuntutan terhadap polisi.

9. 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.

10. Apakah jenis perlindungan Insurans Perubatan dan Kesihatan yang lain?

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

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

11. 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 Berhad
Co. Reg (Baharu) 198201011878 (Lama: 91603-K)
40-01, Q Sentral, 2A Jalan Stesen Sentral 2,
Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur, Malaysia.
(P.O. Box 12490, 50780 Kuala Lumpur, Malaysia.)
Tel: +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:

Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (BNMLINK)
Bank Negara Malaysia
Tingkat 4, Podium Bangunan AICB
No. 10, Jalan Dato' Onn
50480 Kuala Lumpur
Tel: 1-300-88-5465
Fax: +603-2174 1515
Borang Sesawang: bnm.gov.my/BNMLINK

Nota Penting:

1. Anda perlu meyakinkan diri anda bahawa polisi ini dapat memenuhi keperluan anda dengan sebaiknya serta bayaran premium di bawah polisi ini mampu ditanggung anda.
2. 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.

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

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.