



**Liberty**  
**Insurance**®

**Liberty 100 Years Care  
Pelan Perubatan Kesihatan Major**

**Terma & Syarat**

---

**LIBERTY 100 YEARS CARE  
PELAN PERUBATAN KESIHATAN MAJOR**

Bahawasanya Orang Yang Diinsuranskan, menerusi satu permohonan dan perakuan yang menjadi asas kepada kontrak ini dan dianggap sebagai sebahagian daripadanya, telah memohon kepada **LIBERTY GENERAL INSURANCE BERHAD** 197801007153 (44191-P) (seterusnya dirujuk sebagai "SYARIKAT") untuk insurans yang terkandung seterusnya dan telah membayar atau bersetuju untuk membayar premium yang dinyatakan dalam Jadual Polisi sebagai pertimbangan untuk insurans sedemikian bagi tempoh yang dinyatakan di dalamnya.

Maka Polisi Ini Memperakui bahawa jika dalam Tempoh Insurans, sebarang sakit, wabak, penyakit atau kecederaan akibat kemalangan memerlukan Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital untuk rawatan, Syarikat akan tertakluk kepada peraturan-peraturan, peruntukan-peruntukan, pengecualian-pengecualian dan syarat-syarat Polisi ini dan yang diendok kepada, membayar kepada Orang Yang Diinsuranskan atau wakil peribadinya yang sah di sisi undang-undang jumlah atau jumlah-jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Pembayaran adalah tertakluk kepada bayaran munasabah dan biasa diamalkan dan hanya dibayar selepas penerimaan dan kelulusan bukti perbelanjaan yang ditanggung.

Dengan syarat dalam segala hal bahawa

- (a) Tanggungan Syarikat tidak boleh melebihi Had Tahunan Keseluruhan seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat Keseluruhan bagi mana-mana satu tempoh insurans.
- (b) 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 dan kepada Fasal Pembaharuan Terjamin di dalam Syarat Umum.
- (c) Polisi ini adalah polisi insurans perubatan major dan hanya akan dibayar selepas Orang yang Diinsuranskan telah menghabiskan segala pampasan daripada insurans yang lain (jika ada) dan tertakluk kepada peruntukan – peruntukan, syarat dan had yang terkandung dalam polisi ini atau sebagaimana yang disahkan ke atasnya.

**TAKRIF**

**BERKAITAN DENGAN BUTIRAN BERKONTRAK**

1. **PEMEGANG POLISI** hendaklah bermaksud orang atau badan korporat yang kepadanya Polisi dikeluarkan bagi melindungi orang yang secara khusus dikenal pasti sebagai Orang Yang Diinsuranskan dalam Polisi ini
2. **ORANG YANG DIINSURANSKAN** hendaklah bermaksud orang yang dinyatakan dalam Jadual Polisi termasuk Tanggungannya (jika berkenaan)
3. **TAHUN POLISI** hendaklah bermaksud tempoh satu tahun termasuk tarikh mula kuat kuasa Insurans dan sebaik sahaja selepas tarikh itu, atau tempoh satu tahun selepas Polisi Pembaharuan atau Polisi Baru.
4. **POLISI PEMBAHARUAN ATAU POLISI BARU** hendaklah bermaksud Polisi yang telah dibaharui tanpa apa-apa tempoh luput sebaik sahaja tamatnya tempoh setelah Polisi sebelumnya dengan kandungan yang sama tamat tempoh.

**BERKAITAN DENGAN PERLINDUNGAN INSURANS**

1. **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.

2. **KECEDERAAN** hendaklah bermaksud kecederaan anggota badan yang semata-mata disebabkan oleh Kemalangan.
3. **SAKIT, WABAK ATAU PENYAKIT** hendaklah bermaksud keadaan fizikal yang ditunjukkan dari segi patologi berbeza daripada keadaan kesihatan yang normal.
4. **HILANG UPAYA** hendaklah bermaksud Sakit, Wabak, atau Penyakit atau semua Kecederaan yang timbul daripada satu atau beberapa sebab yang berterusan.
5. **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.
6. **PENYAKIT KONGENITAL** hendaklah bermaksud apa-apa keabnormalan perubatan atau fizikal yang wujud sejak lahir, dan juga keabnormalan fizikal neonatal yang berkembang dalam tempoh 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.
7. **ANAK** hendaklah bermaksud mana-mana orang yang telah mencapai umur 30 hari dan tidak berkahwin, yang bergantung dari segi kewangan pada Orang Yang Diinsuranskan dan berumur kurang daripada 19 tahun atau hingga 23 tahun bagi mereka yang didaftarkan sebagai pelajar sepenuh masa di institusi pengajian yang diiktiraf.
8. **TANGGUNGAN** hendaklah bermaksud mana-mana orang yang berikut:
  - a) suami/isteri yang berkahwin secara sah
  - b) anak yang tidak berkahwin yang umurnya melebihi 30 hari tetapi kurang daripada sembilan belas (19) tahun atau dua puluh tiga (23) tahun bagi yang masih menjadi pelajar sepenuh masa di pusat pengajian tinggi, dan yang tidak mempunyai pekerjaan bergaji.
9. **BELANJA LAYAK** hendaklah bermaksud belanja yang Perlu Dari Segi Perubatan yang ditanggung disebabkan oleh Hilang Upaya yang dilindungi tetapi tidak melebihi had manfaat dalam jadual.
10. **PERLU DARI SEGI PERUBATAN** hendaklah bermaksud khidmat perubatan yang:-
  - a) selaras dengan diagnosis dan rawatan perubatan biasa bagi Hilang Upaya yang dilindungi, dan
  - b) menurut piawai amalan perubatan yang baik, selaras dengan piawai semasa bagi rawatan perubatan profesional, dan juga dengan manfaat kesihatan yang sah, dan
  - c) bukan untuk kemudahan Orang Yang Diinsuranskan atau Pakar Perubatan, dan tidak dapat diperoleh sewajarnya di luar hospital (jika dimasukkan ke wad sebagai pesakit dalam) dan bukan berbentuk eksperimen, penyelidikan atau kajian, pencegahan atau penyaringan,
  - d)

- e) yang bayarannya berpatutan, munasabah dan biasa diamalkan bagi Hilang Upaya itu.
11. **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 di tempat 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.
12. **PENYAKIT SEDIA ADA** hendaklah bermaksud hilang upaya yang diketahui sewajarnya oleh Orang Yang Diinsuranskan. Orang Yang Diinsuranskan dianggap mengetahui sewajarnya keadaan sedia ada itu apabila:-
- Orang Yang Diinsuranskan telah atau sedang menerima rawatan,
  - nasihat perubatan, diagnosis, jagaan atau rawatan telah disyorkan;
  - gejala yang jelas dan tepat dapat atau telah dilihat dengan nyata, atau
  - kewujudannya dapat diperhatikan dengan jelas bagi orang yang mengalami keadaan itu.
13. **PENYAKIT TERTENTU** hendaklah bermaksud hilang upaya berikut dan komplikasi yang berkaitan dengannya, yang wujud dalam tempoh 120 hari pertama Insurans bagi Orang Yang Diinsuranskan:
- Hipertensi, diabetes melitus, penyakit koronari arteri, penyakit kardiovaskular dan vena varikos
  - Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu dalam sistem kencing dan sistem biliari
  - Semua penyakit telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak
  - Hernia, hemoroid, fistula, hidrosele, varikosele
  - Endometriosis termasuk penyakit sistem pembiakan
  - Gangguan spina vertebro (termasuk diska) dan penyakit lutut.
14. **PENGINAPAN HOSPITAL** bermaksud Orang Yang Diinsuranskan didaftarkan dan dimasukkan sebagai pesakit yang dirawat dalam Hospital selama lebih daripada dua puluh empat (24) jam.
15. **PENGHOSPITALAN** hendaklah bermaksud dimasukkan ke Hospital sebagai pesakit dalam yang berdaftar untuk rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan bagi Hilang Upaya yang dilindungi apabila disyorkan oleh pakar perubatan. Pesakit tidak boleh dianggap sebagai pesakit dalam jika pesakit tidak tinggal di hospital secara fizikal sepanjang tempoh dimasukkan ke hospital.
16. **UNIT RAWATAN RAPI** hendaklah bermaksud satu bahagian di Hospital yang dinamakan sebagai Unit Rawatan Rapi oleh Hospital, 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 itu.
17. **PESAKIT LUAR** hendaklah bermaksud Orang Yang Diinsuranskan yang menerima jagaan atau rawatan perubatan tanpa dimasukkan ke hospital dan termasuk rawatan di pusat Rawatan Harian.
18. **TEMPOH TANGGUH** hendaklah bermaksud 30 hari pertama antara masa bermulanya hilang upaya Orang Yang Diinsuranskan dan bermulanya tarikh Polisi/tarikh pengembalian semula, dan terpakai hanya apabila orang itu dilindungi pertama kalinya. Hal ini tidak terpakai

selepas tahun pertama perlindungan. Walau bagaimanapun, jika insurans terhenti, maka Tempoh Tangguh akan terpakai sekali lagi.

19. **CAJ DIKENAKAN** merujuk kepada bayaran yang dikenakan untuk rawatan perubatan yang munasabah, perlu dan biasa diamalkan untuk rawatan kecacatan yang diinsuranskan.
20. **HAD TAHUNAN KESELURUHAN**  
 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.
21. **HAD KESELURUHAN SEUMUR HIDUP** bermaksud jumlah maksimum yang akan dibayar sepanjang umur Orang yang Diinsuranskan. Apabila jumlah telah mencapai Had Seumur Hidup, polisi akan tamat secara automatik. Pembaharuan/Pengembalian semula Polisi adalah tidak dapat dibenarkan.
22. **HAD POTONGAN**  
 Bermaksud bahagian kos dimana Orang yang Diinsuranskan dipertanggungjawabkan. Jumlah sebagaimana yang ditetapkan dalam Jadual yang akan ditolak daripada mana-mana Caj dilindungi. Dalam usaha untuk menuntun ganti rugi atau pampasan, Orang yang Diinsuranskan mestilah menyediakan resit asal perbelanjaan yang dilakukan dan perbelanjaan itu telah dilindungi di bawah Polisi ini. Potongan adalah terhadap setiap hilang upaya dan akan digunakan semula untuk setiap kemasukan hospital baru/ hilang upaya yang baru.

#### **BERKAITAN DENGAN PEMBEKAL PERUBATAN**

- PEMBEDAHAN HARIAN** bermaksud pesakit yang perlu menggunakan kemudahan pemulihan untuk prosedur pembedahan yang dirancang terlebih dahulu di hospital/klinik pakar (tetapi bukan untuk bermalam).
- HOSPITAL** hendaklah bermaksud hanya pertubuhan yang ditubuhkan dan didaftarkan sewajarnya sebagai hospital untuk jagaan dan rawatan orang yang sakit dan cedera sebagai pesakit atas katil berbayar, dan yang:-
  - mempunyai kemudahan untuk diagnosis dan pembedahan utama,
  - menyediakan khidmat jagaan 24 jam sehari oleh jururawat berdaftar dan siswazah
  - di bawah penyeliaan Pakar Perubatan, dan
  - bukan klinik, tempat untuk orang ketagih alcohol 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 Fee 1951, Perintah Fee (Perubatan) 1982 dan/atau pindaan berikutnya jika ada.
- UBAT YANG DIPRESKRIPSIKAN** hendaklah bermaksud ubat yang diberikan oleh Pakar Perubatan, Ahli Farmasi Berdaftar atau Hospital dan yang dipreskripsikan oleh Pakar Perubatan atau Pakar bagi rawatan Hilang Upaya yang dilindungi.
- 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.

6. **DOKTOR GIGI** hendaklah bermaksud orang yang berlesen atau berdaftar sewajarnya untuk mengamalkan pergigian dalam bidang geografi yang menyediakan khidmat, tetapi tidak termasuk doktor gigi yang merupakan Orang Yang Diinsuranskan itu sendiri.
7. **PAKAR** hendaklah bermaksud pengamal perubatan atau pergigian yang berdaftar dan berlesen sewajarnya di kawasan geografi yang khidmat tersebut diberikan, dan yang diklasifikasikan oleh pihak berkuasa kesihatan yang berkenaan sebagai orang yang mempunyai kepakaran yang tinggi dan khusus dalam bidang perubatan atau pergigian yang tertentu, tetapi tidak termasuk pakar perubatan atau pakar bedah yang merupakan Orang Yang Diinsuranskan itu sendiri.
8. **PEMBEDAHAN** hendaklah bermaksud mana-mana prosedur perubatan yang berikut:
  - a) untuk menginsisi, mengeksisi atau melektrokauteri mana-mana bahagian organ atau badan kecuali khidmat pergigian.
  - b) Untuk membaiki, mengubah atau membentuk semula mana-mana bahagian organ atau badan.
  - c) Untuk mengurangkan fraktur atau dislokasi melalui manipulasi.
  - d) Penggunaan endoskopi untuk mengeluarkan batu atau objek dari larinks, bronkus, trakea, esophagus, perut, usus, pundi kencing, atau uretra.

#### JENIS MANFAAT

1. **BILIK HOSPITAL DAN MAKAN**  
 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 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.
2. **UNIT RAWATAN RAPI**  
 Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan 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. Bayaran manfaat ini hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh Hospital 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 dan Makan Harian Hospital.  
  
 Manfaat Bilik dan Makan Hospital tidak boleh dibayar bagi tempoh dimasukkan ke hospital tersebut apabila Manfaat Unit Rawatan Rapi Harian dibayar.
3. **BEKALAN & 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 intravena, pemberian darah dan plasma darah, tetapi tidak termasuk kos darah dan plasma semasa Orang Yang Diinsuranskan

dimasukkan ke hospital sebagai pesakit dalam di Hospital, hingga jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

4. **BILIK BEDAH**  
 Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk Bilik Bedah yang berkaitan dengan prosedur pembedahan.
5. **BAYARAN PEMBEDAHAN**  
 Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk pembedahan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar, termasuk lawatan penilaian prapembedahan Orang Yang Diinsuranskan oleh Pakar dan rawatan selepas pembedahan hingga bilangan hari maksimum dari tarikh pembedahan, tetapi dalam tempoh maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. 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.
6. **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.
7. **UJIAN DIAGNOSTIK PRAHOSPITAL**  
 Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk ECG, sinar-x dan ujian makmal yang Perlu Dari Segi Perubatan yang dijalankan di Hospital untuk tujuan diagnostik bagi kecederaan atau penyakit apabila berkaitan dengan Hilang Upaya sebelum dimasukkan ke hospital mengikut bilangan hari dan jumlah maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat dan yang disyorkan oleh pengamal perubatan yang layak. Bayaran tidak akan dibuat jika dalam khidmat diagnostik itu, Orang Yang Diinsuranskan tidak perlu dimasukkan ke hospital untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu. Bayaran ubat dan rundingan yang dikenakan oleh pengamal perubatan tidak akan dibayar.
8. **RUNDINGAN PAKAR PRAHOSPITAL**  
 Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk rundingan kali pertama oleh Pakar yang berkaitan dengan Hilang Upaya dalam bilangan hari maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat sebelum dimasukkan ke Hospital, dan dengan syarat rundingan itu Perlu Dari Segi Perubatan dan telah disyorkan secara bertulis oleh pengamal perubatan am yang memberikan rawatan.  
  
 Bayaran tidak akan dibuat untuk rawatan klinikal (termasuk ubat dan rundingan berikutnya selepas penyakit didiagnosis) atau apabila Orang Yang Diinsuranskan tidak dimasukkan ke hospital untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu.
9. **RAWATAN SELEPAS PENGHOSPITALAN**  
 Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dalam rawatan susulan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar Perubatan yang sama yang telah memberikan rawatan, mengikut bilangan hari dan jumlah maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital kerana hilang upaya bukan pembedahan. Ini hendaklah termasuk ubat yang dipreskripsikan dalam rawatan susulan tetapi tidak boleh melebihi bekalan yang diperlukan untuk bilangan hari maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.
10. **LAWATAN HARIAN PAKAR PERUBATAN DALAM HOSPITAL**  
 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 2 kali

lawatan sehari tidak melebihi bilangan hari maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

11. **RAWATAN PESAKIT LUAR BAGI KEMALANGAN DAN KECEMASAN**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung hingga jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, bagi kecederaan anggota badan yang dilindungi yang timbul daripada Kemalangan untuk rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan sebagai pesakit luar di mana-mana klinik atau hospital berdaftar dalam tempoh 24 jam dari masa berlaku kemalangan yang menyebabkan kecederaan anggota badan yang dilindungi. Rawatan susulan akan disediakan sehingga jumlah maksimum dan bilangan hari maksimum 60 hari seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

12. **RAWATAN KECEMASAN KEMALANGAN PERGIGIAN**

Pembayaran balik yang ditanggung untuk pembedahan oral apabila berlakunya Kecederaan Akibat Kemalangan pada gigi asal yang sihat dan rawatan pergigian untuk melegakan sakit serta rawatan mesti diterima dalam tempoh 24 jam selepas kemalangan. Rawatan susulan akan disediakan sehingga jumlah maksimum dan bilangan hari maksimum 31 hari seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

13. **RAWATAN FISIOTERAPI PESAKIT LUAR**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk rawatan fisioterapi pesakit luar dicadangkan secara bertulis oleh pakar Perubatan yang berlesen selepas Pembedahan atau rawatan di Hospital, dalam masa enam puluh (60) hari dari tarikh keluar/pembedahan Hospital bagi Mana-mana Satu Hilang Upaya. Walaubagaimanapun, tiada bayaran akan dibuat untuk perubatan/rawatan dan rundingan seterusnya dengan pakar Perubatan yang sama.

14. **BAYARAN AMBULANS**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung untuk khidmat ambulans rumah (termasuk atendan) ke dan/atau dari Hospital di mana Orang Yang Diinsuranskan itu dimasukkan ke hospital. Bayaran tidak akan dibuat jika Orang Yang Diinsuranskan itu tidak dimasukkan ke hospital dan tertakluk kepada had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

15. **RAWATAN KANSER PESAKIT LUAR**

Jika Orang Yang Diinsuranskan didiagnosis menghidap kanser seperti yang dinyatakan di bawah, Syarikat akan membayar balik Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung untuk rawatan kanser yang Perlu Dari Segi Perubatan yang dijalankan di pusat rawatan kanser berdaftar yang sah tertakluk kepada had bagi hilang upaya ini seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

Rawatan itu (radioterapi atau kemoterapi tidak termasuk rundingan, ujian pemeriksaan, dadah yang dibawa pulang) hendaklah diterima di jabatan pesakit luar Hospital atau di pusat rawatan kanser berdaftar sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital atau pembedahan.

Kanser ditakrifkan sebagai sel malignan yang tumbuh dan merebak secara tidak terkawal, dan serangan serta pemusnahan tisu normal tersebut dianggap memerlukan rawatan perantaraan atau pembedahan utama (tidak termasuk prosedur endoskopi). Kanser mesti disahkan melalui tanda malignansi histologi. Keadaan yang berikut dikecualikan:

- a) Karsinoma in situ termasuk pada serviks;
- b) Karsinoma duktus in situ pada buah dada;
- c) Karsinoma Papilari pada pundi & Kanser Prostat Peringkat 1;
- d) Semua kanser kulit kecuali melanoma malignan;
- e) Penyakit Hodgkin Peringkat 1;

- f) Tumor yang menunjukkan dengan jelas komplikasi AIDS.

Menjadi syarat khas bagi Manfaat ini, tanpa menyentuh pengecualian keadaan sedia ada, bahawa ia tidak akan dibayar untuk mana-mana Orang Yang Diinsuranskan yang telah didiagnosis sebagai pesakit kanser dan/atau menerima rawatan kanser sebelum tarikh kuat kuasa Insurans.

16. **RAWATAN DIALISIS BUAH PINGGANG PESAKIT LUAR**

Jika Orang Yang Diinsuranskan didiagnosis sebagai mengalami Kegagalan Buah Pinggang seperti yang dinyatakan di bawah, Syarikat akan membayar balik Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk rawatan dialisis buah pinggang yang dijalankan di pusat dialisis berdaftar yang sah tertakluk kepada had hilang upaya ini seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

Rawatan tersebut (dialisis tidak termasuk rundingan, ujian pemeriksaan, dadah yang dibawa pulang) hendaklah diterima di jabatan pesakit luar Hospital atau di pusat rawatan dialisis berdaftar sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital atau pembedahan.

Kegagalan Buah Pinggang bermaksud kegagalan renal peringkat akhir yang menyebabkan kegagalan kronik dan tidak boleh pulih kedua-ke dua buah pinggang untuk berfungsi dan oleh itu dialisis renal perlu dimulakan.

Menjadi syarat khas bagi Manfaat ini, tanpa menyentuh pengecualian keadaan sedia ada, bahawa ia tidak akan dibayar untuk mana-mana Orang Yang Diinsuranskan yang mengalami penyakit renal kronik dan/atau menerima rawatan dialisis sebelum tarikh kuat kuasa Insurans.

17. **TRANSPLAN ORGAN**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dalam pembedahan transplan untuk Orang yang Diinsuranskan yang menjadi penerima transplan buah pinggang, jantung, paru-paru, hati atau sum-sum tulang. Bayaran manfaat ini terpakai hanya sekali seumur hidup semasa polisi berkuat kuasa dan hendaklah tertakluk kepada had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Kos pemerolehan organ dan semua kos yang ditanggung oleh penderma tidak akan dilindungi.

18. **PENJAGAAN JURURAWAT DI RUMAH**

Caj harian bagi perkhidmatan jururawat bertauliah dan berlesen di rumah Pesakit untuk rawatan susulan penyakit tertentu mengikut bilangan hari dan jumlah maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat yang menyebabkan pesakit diwadkan. Perkhidmatan tersebut mestilah disyorkan oleh Doktor yang merawat.

19. **LAPORAN PERUBATAN**

Membayar balik caj yang dikenakan untuk laporan perubatan tetapi hendaklah tidak melebihi jumlah yang telah ditetapkan didalam Jadual Manfaat.

20. **MANFAAT TUNTUTAN KELUARGA**

Ia merupakan satu Tuntutan istimewa akan diberikan sekiranya tanggungan anda dilindungi di dalam polisi yang sama.

Ahli Keluarga	Diskaun
Orang Yang Diinsuranskan + Pasangan	5%
Orang Yang Diinsuranskan + Anak	5%
Orang Yang Diinsuranskan + Pasangan + Anak	10%

**SYARAT UMUM**

1. **KELAYAKAN**

i) **KEMASUKKAN**

Individu yang layak dilindungi di bawah Polisi ini ialah:-

- a) Sesiapa yang berumur di antara 30 hari hingga 60 tahun dan boleh dibaharui sehingga umur 100 tahun
- b) Individu yang tinggal di dalam Malaysia sahaja

**ii) TAMBAHAN ANAK TERMASUK ANAK YANG BARU LAHIR**

Permohonan untuk memasukkan anak mestilah dibuat pada awal atau ketika pembaharuan polisi sahaja (selain daripada kanak-kanak yang baru lahir, sesiapa yang dibawah umur dua (2) bulan layak untuk menerima perlindungan insurans dan hanya diterima 30 hari selepas kelahiran)

**iii) BORANG PERMOHONAN**

Permohonan insurans termasuk untuk kemasukan tanggungan atau untuk perubahan manfaat atau pelan hendaklah dibuat di dalam borang yang ditetapkan. Syarikat mempunyai hak untuk menolak sebarang permohonan tanpa memberi sebarang sebab atau menghendaki bukti umur atau tertakluk kepada penyerahan laporan perubahan atau keadaan kesihatan mana-mana orang didalam permohonan itu. Ketika Penerimaan, pemohon akan dimaklumkan sekiranya terdapat sebarang syarat khas, apa-apa perubahan di dalam premium atau terma yang dikenakan ke atas orang atau tanggungan yang Diinsusankan.

**2. TEMPOH PERLINDUNGAN DAN JAMINAN PEMBAHARUAN**

Polisi ini hendaklah berkuat kuasa mengikut tarikh yang dinyatakan pada Jadual. Ulang Tahun Polisi adalah satu tahun selepas tarikh kuat kuasa dan setiap tahun berikutnya. Pada setiap ulang tahun itu, Polisi ini boleh dibaharui pada kadar premium yang berkuatkuasa pada masa itu dan sebarang perubahan pada premium pembaharuan hendaklah dinyatakan secara bertulis sekurang-kurangnya 30 hari sebelum perubahan berkuatkuasa.

Permohonan penukaran manfaat kepada pelan yang lebih tinggi hanya boleh dilakukan pada pembaharuan dan tertakluk kepada penerimaan oleh Syarikat semasa pembaharuan dan berdasarkan keseluruhan pengalaman Nisbah Rugi pemegang polisi.

Polisi ini boleh diperbaharui mengikut pilihan pemegang polisi tetapi tertakluk kepada terma, syarat dan pembatalan pada setiap tarikh luput polisi.

Pembaharuan Polisi dijamin sehingga umur 100 tahun tetapi premium Pembaharuan yang perlu dibayar tidak dijamin dan Syarikat berhak untuk menentukan premium yang terpakai khusus untuk setiap Orang yang Diinsuranskan pada masa pembaharuan berdasarkan portfolio pengalaman tuntutan dan tertakluk kepada apa-apa pengecualian, lebihan yang dikenakan atau penambahan premium. Selain itu, Syarikat akan menjalankan penilaian risiko pada setiap 3 tahun untuk menentukan sama ada untuk menyelia semula kadar premium bagi keseluruhan portfolio yang akan terpakai bagi semua pemegang polisi tanpa mengambil kira pengalaman tuntutan mereka.

Ketika pembaharuan, terma dan syarat tidak akan dipinda, kecuali bila suatu ketidakupayaan telah mencapai had maksima tuntutan. Di dalam situasi seumpama ini, pihak Syarikat mempunyai hak istimewa untuk tidak melindungi ketidakupayaan tersebut di dalam polisi.

Polisi ini boleh diperbaharui mengikut pilihan pemegang polisi sehingga kewujudan salah satu daripada situasi berikut:-

- (a) premium tidak terbayar atau premium tidak dibayar pada masa yang ditetapkan

- (b) penipuan atau salah nyata ketika permohonan polisi dibatalkan atas kehendak pemegang polisi berkenaan
- (c) pemegang polisi gagal untuk layak menjadi ahli tanggungan berdasarkan definisi polisi berkenaan
- (d) pemegang polisi telah mencapai had umur maksima sepertimana tertera di dalam polisi
- (e) penolakan perlindungan terhadap semua polisi di dalam sesuatu pasaran dan pihak Syarikat membatalkan polisi ini secara keseluruhan daripada pasaran berdasarkan pada syarat penarikan balik portfolio

**3. PREMIUM BAYARAN (BAYARAN SEBELUM PERLINDUNGAN ("CBC"))**

Polisi ini akan dibatalkan secara serta merta atau luput jika tiada premium diterima pada tarikh pembaharuan polisi ("CBC") kecuali melainkan dipersetujui dan diendorskan disini. Pihak Syarikat mempunyai hak bagi mengenakan kadar premium baru pada setiap ulangtahun polisi, bilamana had polisi ini diubah atau tuntutan yang berlebihan yang dilakukan oleh Orang Yang Diinsuranskan.

**4. WILAYAH PASARAN GEOGRAFI**

Semua manfaat yang disediakan dalam polisi ini terpakai dua puluh empat (24) jam sehari di seluruh dunia.

**5. PEMEGANG POLISI YANG SETERUSNYA**

- (a) Sekiranya berlaku kematian Pemegang Polisi semasa polisi ini berkuatkuasa, pasangan sah Pemegang Polisi, adalah secara automatik menjadi Pemegang Polisi dan semua rujukan dalam Polisi ini kepada Pemegang Polisi adalah bermaksud pasangan itu.

- (b) Apabila Orang yang Diinsuranskan tidak lagi menjadi anak tanggungan, Orang yang Diinsuranskan boleh terus memperbaharui polisi itu atas nama sendiri Orang yang Diinsuranskan sebagai pemegang polisi yang bermaksud Orang yang Diinsuranskan.

**6. RAWATAN LUAR NEGARA**

Jika Orang yang Diinsuranskan ingin mendapatkan rawatan luar negara, manfaat berkaitan rawatan hendaklah dilindungi tertakluk kepada pengecualian, had dan syarat yang ditetapkan dalam Polisi ini dan semua manfaat akan dibayar berdasarkan keputusan kadar pertukaran mata wang rasmi pada hari terakhir Tempoh Dimasukkan Ke hospital dan tidak termasuk kos pengangkutan ke tempat rawatan disediakan:

- a) Orang yang Dinsuranskan yang pergi ke luar negara atas sebab selain mendapatkan rawatan perubatan, perlu dimasukkan ke Hospital di luar Malaysia kerana Kecemasan Perubatan
- b) Orang yang Diinsuranskan, atas syor Pakar Perubatan dan perlu dipindahkan ke Hospital di luar Malaysia disebabkan oleh jenis yang khusus bagi rawatan, bantuan, maklumat atau keputusan yang dikehendaki tidak boleh diberikan atau disediakan atau diambil di Malaysia

Rawatan luar negara bagi penyakit, sakit atau kecederaan yang didiagnosis di Malaysia dan keadaan bukan kecemasan atau kronik yang rawatannya boleh ditangguhkan sewajarnya hingga pulang ke Malaysia dikecualikan.

**7. PINDAAN**

Syarikat berhak meminda terma dan peruntukan Polisi ini dengan memberikan notis awal 30 hari secara bertulis melalui pos biasa ke alamat terakhir Pemilik 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 diendorkan pada Polisi tersebut. Penanggung Insurans hendaklah memberikan notis awal 30 hari secara bertulis kepada pemegang polisi mengikut alamat terakhir yang direkodkan bagi mana-mana pindaan yang dibuat.

#### 8. PEMBATALAN POLISI

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:-

Tempoh Tidak Boleh Melebihi	Bayaran Balik Premium Tahunan (terpakai untuk pembaharuan sahaja)
15 hari	90%
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

#### 9. PERAKUAN, MAKLUMAT DAN BUKTI

Semua sijil, maklumat, laporan dan bukti perubahan seperti yang dikehendaki oleh Syarikat hendaklah diserahkan atas belanja Orang yang diinsuranskan, dan dalam borang tertentu yang mungkin dikehendaki oleh Syarikat. Semua notis apabila dikehendaki oleh Syarikat supaya diberikan oleh Pemegang Polisi, hendaklah secara bertulis dan dialamatkan kepada Syarikat. Orang yang diinsuranskan hendaklah, atas permintaan dan belanja Syarikat, menyerahkan kepada pemeriksaan perubatan apabila ia dianggap perlu.

#### 10. UNDANG-UNDANG YANG MENGAWAL POLISI

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

#### 11. SILAP NYATA UMUR

Jika umur Orang Yang Diinsuranskan telah tersilap nyata dan akibatnya premium yang dibayar tidak mencukupi, maka apa-apa tuntutan yang dibayar di bawah Polisi ini hendaklah dikira secara pro rata berasaskan nisbah premium sebenar yang dibayar dengan premium yang betul yang sepatutnya dikenakan selama setahun. Apa-apa premium yang berlebihan, yang mungkin telah dibayar akibat silap nyata umur, hendaklah dibayar balik tanpa faedah.

Jika pada umur yang betul, Orang Yang Diinsuranskan itu tidak layak dilindungi di bawah Polisi ini, maka tiada manfaat akan dibayar.

#### 12. BAYARAN BALIK PENUH DI DALAM HOSPITAL KERAJAAN.

Bayaran untuk perbelanjaan perubatan yang layak dilindungi sepenuhnya untuk rawatan di Hospital Kerajaan Malaysia untuk setiap penyakit atau kecederaan, dengan syarat Orang yang Diinsuranskan tidak dipindahkan dari atau ke sebuah hospital swasta untuk rawatan dan caj bilik dan makanan adalah tidak melebihi daripada yang disediakan di bawah Pelan yang dipilih oleh Orang yang Diinsuranskan.

#### 13. TEMPOH PENANGGUHAN

Walaupun terdapat klausa Tunai Sebelum Perlindungan, tempoh penangguhan selama empat belas (14) hari selepas tarikh luput hendaklah dibenarkan kepada Pemegang Polisi bagi pembayaran premium selepas polisi tahun pertama. Jika mana-mana premium tidak dibayar seperti di dalam Polisi ini atau apa-apa kontrak tambahan sebelum akhir Tempoh Penangguhan, Polisi ini dan kontrak tambahan berkenaan itu hendaklah disifatkan sebagai ditamatkan pada tarikh tamat tempoh polisi. Walaupun bayaran dibuat dalam tempoh penangguhan sebarang ketidakupayaan yang berlaku semasa tempoh dari tarikh luput polisi sehingga tarikh pembayaran tidak akan dibayar.

#### 15. PERUBAHAN DALAM RISIKO, PEKERJAAN, PERNIAGAAN ATAU SUKAN

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.

#### 16. SUBROGASI

Jika Syarikat bertanggung untuk membuat apa-apa bayaran di bawah Polisi ini, Syarikat hendaklah mensubrogasi setakat bayaran itu ke atas semua hak dan remedi bagi Orang Yang Diinsuranskan terhadap mana-mana pihak dan berhak atas belanjanya sendiri membuat dakwaan atas perintah Orang Yang Diinsuranskan. Orang Yang Diinsuranskan hendaklah memberikan atau mengarahkan agar diberikan kepada Syarikat semua bantuan seumpamanya yang di bawah kuasanya seperti yang mungkin dikehendaki oleh Syarikat untuk menjamin hak dan remedi dan atas permintaan Syarikat, hendaklah melaksanakan atau menyebabkan dilaksanakan semua dokumen yang perlu bagi membolehkan Syarikat mengambil tindakan guaman secara berkesan atas perintah Orang Yang Diinsuranskan.

#### 17. SUMBANGAN

Jika Orang Yang Diinsuranskan mempunyai insurans lain yang melindungi mana-mana penyakit atau kecederaan yang diinsuranskan oleh Polisi ini, Syarikat tidak bertanggungjawab membayar jumlah yang lebih besar bagi penyakit atau kecederaan itu daripada jumlah yang terpakai bersama-sama ini yang ditanggung oleh Polisi ini bagi jumlah keseluruhan semua insurans yang sah yang melindungi penyakit atau kecederaan itu.

#### 18. BAYARAN BERSAMA BILIK DAN MAKAN DINAikkan

Jika Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital pada kadar Bilik & Makan yang diumumkan yang lebih tinggi daripada manfaat yang dia layak, Orang Yang Diinsuranskan hendaklah menanggung 20% daripada manfaat lain yang dia layak yang diterangkan dalam Jadual Manfaat.

#### 19. PEMILIKAN POLISI

Kecuali diperuntukkan sebaliknya secara nyata melalui Endorsemen dalam Polisi, Syarikat berhak menganggap Pemegang Polisi sebagai pemilik mutlak Polisi. Syarikat tidak terikat untuk mengiktiraf apa-apa tuntutan ekuiti atau tuntutan lain ke atas Polisi atau kepentingan dalam Polisi, dan penerimaan Polisi atau Manfaat oleh Pemegang Polisi (atau oleh wakilnya yang sah atau yang diberi kuasa) sahaja hendaklah merupakan pelepasan efektif bagi semua obligasi dan liabiliti Syarikat. Pemegang Polisi hendaklah dianggap sebagai prinsipal atau Ejen bertanggungjawab bagi Orang Yang Diinsuranskan yang dilindungi di bawah Polisi ini.

#### 20. TEMPOH TANGGUH

Kelayakan menerima manfaat bermula 30 hari selepas Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke dalam Polisi, kecuali untuk Kemalangan yang dilindungi yang berlaku selepas tarikh kuat kuasa perlindungan.

21. **TINGGAL DI LUAR NEGARA**  
 Tiada manfaat akan dibayar untuk apa-apa rawatan perubatan yang diterima oleh Orang Yang Diinsuranskan di luar Malaysia, jika Orang Yang Diinsuranskan itu tinggal atau membuat perjalanan di luar Malaysia lebih daripada sembilan puluh (90) hari berturut-turut.
22. **PENGAMBILALIHAN POLISI**  
 Jika polisi ini bermula sebaik sahaja selepas penamatan polisi terdahulu dan jika Orang yang diinsuranskan mengalami hilang upaya perubatan sebelum atau pada masa polisi ini bermula (dan manfaat di bawah polisi terdahulu disediakan untuknya), Orang yang diinsuranskan itu hendaklah terus dilindungi bagi hilang upaya sedia ada, tetapi tidak melebihi had polisi terdahulu dengan syarat Syarikat telah memperoleh satu salinan polisi terdahulu.
23. **POLISI DITINGKATKAN**  
 Jika Manfaat Layak Diterima bagi mana-mana Orang yang diinsuranskan di bawah syarat Polisi ini ditambah semasa ia berkuat kuasa atau pada masa Pembaharuan atau penggantian dan jika Orang yang diinsuranskan itu mengalami Hilang Upaya sebelum atau pada masa Manfaat ditambah, maka Had Manfaat yang dibayar bagi Hilang Upaya itu tidak boleh melebihi Had Manfaat sebelum tarikh Manfaat itu ditingkatkan.
24. **POLISI PENGUBAHAN**  
 Jika Manfaat Layak Diterima yang disediakan di bawah Polisi ini telah diubah daripada perlindungan. Had Dalam, sedia ada kepada perlindungan .Pembayaran Balik Mengikuti Bayaran/Penuh., dan jika Orang yang diinsuranskan itu mengalami Hilang Upaya sebelum atau pada masa Manfaat diubah, manfaat yang dibayar bagi Hilang Upaya itu hendaklah selaras dengan Jadual Manfaat sebelum tarikh Manfaat Layak Diterima diubah.
25. **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 kos perubatan yang ditanggung oleh Syarikat untuk mengeluarkan Polisi tersebut.
26. **SYARAT PENARIKAN BALIK PORTFOLIO**  
 Syarikat berhak membatalkan portfolio secara keseluruhan jika ia memutuskan untuk menghentikan penanggung jaminan produk insurans ini. Pembatalan portfolio secara keseluruhan hendaklah diberitahu melalui notis bertulis kepada pemegang polisi dan Syarikat akan menghentikan semua polisi hingga ke tarikh tamat tempoh perlindungan dalam portfolio. Pihak Syarikat hendaklah memberikan notis awal 30 hari secara bertulis kepada pemegang polisi sekiranya berlaku penarikan balik portfolio.
27. **PRASYARAT LIABILITI**  
 Pematuhan dan pelaksanaan terma, peruntukan dan syarat Polisi ini dengan sewajarnya oleh Orang yang Diinsuranskan dan selagi berkaitan dengan apa-apa yang perlu dilakukan atau dipatuhi oleh Orang yang Diinsuranskan hendaklah menjadi prasyarat apa-apa liabiliti Syarikat.
28. **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.

29. **“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.”
30. **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 bertenang bagi satu tahun kalendar dari masa bukti bertulis bagi kerugian itu diberikan, menyerahkan bukti kerugian yang berkaitan kepada Syarikat dengan alasan yang kukuh kerana kegagalan mematuhi terma, peruntukan dan syarat Polisi. Penerimaan bukti kerugian itu adalah semata-mata dan sepenuhnya mengikut budi bicara Syarikat. Selepas tempoh bertenang itu tamat, Syarikat tidak akan menerima, walau dengan apa-apa alasan sekalipun, bukti bertulis tentang kerugian itu.
31. **TIMBANG TARA**  
 Semua perbezaan yang timbul daripada Polisi ini hendaklah dirujuk kepada penimbang tara yang hendaklah dilantik secara bertulis oleh pihak dalam perbezaan. Jika mereka tidak berjaya mendapatkan persetujuan tentang siapa yang akan menjadi Penimbang Tara dalam tempoh satu (1) bulan apabila diminta secara bertulis untuk berbuat demikian, maka kedua-dua pihak layak melantik Penimbang Tara yang setiap seorang akan mendengar perbezaan itu bersama-sama dengan Pengadil yang akan dilantik oleh kedua-dua Penimbang Tara itu. Walau bagaimanapun, dengan syarat apa-apa penafian liabiliti oleh Syarikat bagi apa-apa tuntutan di bawah ini hendaklah dirujuk kepada Penimbang Tara dalam tempoh dua belas (12) bulan kalendar dari tarikh penafian tersebut.
32. **HAD SEKATAN DAN PENGECUALIAN**  
 Kami tidak akan bertanggungjawab untuk membayar apa-apa manfaat di bawah Polisi ini jika perlindungan, pembayaran tuntutan tersebut atau manfaat tersebut mungkin mendedahkan Kami kepada sebarang sekatan, larangan atau sekatan di bawah resolusi Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu atau sekatan perdagangan atau ekonomi, undang-undang atau peraturan Kesatuan Eropah, United Kingdom atau Amerika Syarikat.

<b>PENGECUALIAN</b>
---------------------

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:



- a) Penyakit sedia ada.
- b) Penyakit yang ditetapkan yang berlaku dalam tempoh 120 hari pertama bagi perlindungan berterusan.
- c) Apa-apa keadaan perubatan atau fizikal yang berlaku dalam tempoh 30 hari pertama perlindungan atau tarikh pengembalian semula bagi Orang yang Diinsuranskan, mengikut mana-mana yang terakhir kecuali untuk kecederaan akibat kemalangan.
- d) Pembedahan plastik/kosmetik, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasan atau pembedahan (Keratotomy radial atau Lasik) dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik seperti anggota tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.
- e) 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.
- f) 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.
- g) Apa-apa rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.
- h) Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, menggugurkan kandungan dan jagaan melainkan disebabkan semata-mata dan secara langsung oleh Kemalangan serta pembedahan pranatal atau postnatum, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pensterilan.
- i) Penghospitalkan 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.
- j) Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.
- k) 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.
- l) 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.
- m) 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.
- n) 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.

- o) 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.
- p) Psikotik, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).
- q) 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.
- r) 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.
- s) Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.
- t) Belanja yang ditanggung untuk menukar jantina.

#### PROSEDUR TUNTUTAN

1. **NOTIS & BUKTI TUNTUTAN DAN KEJADIAN PENTING TENTANG TUNTUTAN**
  - a) Orang Yang Diinsuranskan hendaklah dalam tempoh 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 yang mungkin.
  - b) 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.
2. **PEMERIKSAAN**

Pihak Syarikat mempunyai hak dan peluang melalui Pakar Perubatan mereka untuk memeriksa Orang Yang Diinsuranskan bagi penyakit yang menyebabkan tuntutan pada bila-bila dan sekerapnya sesuai dengan permintaan dalam masa tuntutan.
3. **TUNTUTAN TIDAK LENGKAP**

Semua tuntutan hendaklah diserahkan kepada Syarikat dalam tempoh 30 hari setelah kejadian itu selesai yang untuknya tuntutan itu dibuat. Tuntutan tidak dianggap lengkap dan Manfaat Layak Diterima tidak akan dibayar kecuali semua bil untuk tuntutan itu telah diserahkan dan dipersetujui oleh Syarikat. Hanya kos sebenar yang ditanggung akan dipertimbangkan untuk pembayaran balik. Apa-apa perbezaan atau penepian bagi perkara di atas adalah mengikut budi bicara Syarikat semata-mata.

4. **MATA WANG BAYARAN**  
Semua bayaran di bawah Polisi ini hendaklah dibuat dalam mata wang Malaysia yang sah. Sekiranya apa-apa bayaran yang diminta oleh Orang yang diinsuranskan supaya dibayar dalam mata wang lain, maka jumlah tersebut hendaklah dibayar dalam mata wang yang diminta seperti yang boleh dibeli di Malaysia pada kadar pasaran mata wang semasa pada tarikh penyelesaian tuntutan.

**PERJANJIAN KITA**

**PENDAHULUAN KONTRAK INSURANS PENGGUNA (INSURANS SEPENUHNYA YANG TIDAK BERKAITAN DENGAN PERDAGANGAN, PERNIAGAAN ATAU PROFESION)**

Polisi 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 insuran ini) dan segala kenyataan yang telah dibuat oleh pihak anda pada atau semasa penyerahan borang cadangan (atau semasa permohonan insuran 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. Walau bagaimanapun, sekiranya terdapat sebarang salah nyata semasa pra-kontrak berhubung dengan jawapan anda atau di mana-mana pernyataan yang diberikan oleh anda, hanya remedi yang terdapat dalam Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 akan diguna pakai.

**NOTIS PENTING**

1. Salinan report polis hendaklah diserahkan kepada Syarikat bagi apa-apa tuntutan di akibatkan oleh Kemalangan Motor.
2. Manfaat Kematian Akibat Kemalangan  
Sila sertakan Salinan Asal yang disahkan bagi Sijil Perkahwinan, Sijil Pengkebumian, Repot Bedah Siasat (jika ada), Repot Polis, Sijil Kematian dan Kad Pengenalan penuntut. Tuntutan ini akan di bayar kepada pasangan Orang Yang Diinsuranskan / kaum keluarga terdekat.
3. Manfaat-manfaat yang dibayar di bawah polisi yang layak ini adalah dilindungi oleh PIDM sehingga had perlindungan. Sila rujuk Brosur Sistem Perlindungan Manfaat Takaful dan Insurans PIDM atau hubungi Liberty General Insurance Berhad atau PIDM (layari [www.pidm.gov.my](http://www.pidm.gov.my)).
4. Saluran Aduan Dan Rungutan  
Sekiranya anda mempunyai sebarang aduan terhadap Syarikat mengenai urusan yang tidak adil, Anda bolehlah menghubungi atau menulis sama ada:-
  - a) **Eksekutif Perkhidmatan Pelanggan, Pusat Khidmat Pelanggan**  
**Liberty General Insurance Berhad**  
Dahulu dikenali sebagai Amgeneral Insurance Berhad  
Liberty Insurance Tower,  
CT 9, Pavilion Damansara Heights,  
3, Jalan Damanlela,  
50490 Kuala Lumpur  
Tel. No: 03-2268 3333 or 1-300-888-990  
E-mel : [customer@libertyinsurance.com.my](mailto:customer@libertyinsurance.com.my)  
Laman Web : [www.libertyinsurance.com.my](http://www.libertyinsurance.com.my)
  - b) **BNMLINK (Laman Informasi Nasihat dan Khidmat)**  
**Bank Negara Malaysia**  
4th Floor, Podium Bangunan AICB,  
No. 10, Jalan Dato' Onn,  
50480 Kuala Lumpur.  
Tel. No.: 03-2698 8044 (General Line) / 1-300-88-5465 (BNMLINK)  
Fax No.: 03-2174 1515  
e-Link: [bnmlink.bnm.gov.my](http://bnmlink.bnm.gov.my)  
E-mel : [bnmlink@bnm.gov.my](mailto:bnmlink@bnm.gov.my)  
Laman Web: [www.bnm.gov.my](http://www.bnm.gov.my)

- c) **Ombudsman for Financial Services (664393P) / Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (664393P)**  
Level 14, Main Block, Menara Takaful Malaysia,  
4, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur.  
Tel. No.: 03-2272 2811  
Fax No.: 03-2272 1577  
E-mel: [enquiry@ofs.org.my](mailto:enquiry@ofs.org.my)  
Laman Web: [www.ofs.org.my](http://www.ofs.org.my)

4. Orang Yang Diinsuranskan perlu membaca Polisi ini dengan teliti dan jika terdapat sebarang kesilapan atau salah nyata, atau jika perlindungan bukan seperti mana yang dikehendaki oleh Orang Yang Diinsuranskan, Syarikat perlu dimaklumkan dengan segera dalam masa 14 hari polisi diterima.

\*\*\* "Sekiranya terdapat kekeliruan, kekaburan dan konflik dalam pentafsiran mana-mana terma atau syarat kontrak ini, versi Bahasa Inggeris adalah terpakai dan mengatasi versi Bahasa Malaysia".

**BAHAGIAN INI SENGAJA DIBIARKAN KOSONG.**

## JADUAL MANFAAT

PELAN	PELAN A (RM)	PELAN B (RM)	PELAN C (RM)
Had Potongan Ditolak bagi setiap Hilang Upaya dengan pengecualiaan GST	10,000	20,000	30,000
Bilik & Penginapan (maksimum sehingga 365 hari)	300	400	500
Unit Rawatan Rapi (ICU)	Seperti yang dicaj		
Perlindungan Sepenuhnya untuk Kos Pembedahan & Yuran Perkhidmatan Hospital termasuk bilik bedah dan :- - Yuran Pakar Bius - Bekalan Hospital - Lawatan Doktor ke Wad - Yuran Ambulans	Seperti yang dicaj		
Rawatan Kanser termasuk Rawatan Onkologi	Seperti yang dicaj		
Pemindahan Organ (Paru-paru, buah pinggang, jantung, tulang sumsum, hati)	Seperti yang dicaj		
Sebelum & Selepas Rawatan Pembedahan (dalam masa 60 hari sebelum memasuki dan 90 hari selepas keluar dari hospital)	Seperti yang dicaj		
Pembedahan "Day Care" /Prosedur	Seperti yang dicaj		
Penjagaan Jururawat di rumah (sehingga 31 hari dari tarikh keluar dari hospital)	Seperti yang dicaj		
Rawatan Kecemasan Pesakit Luar (dalam tempoh 24 jam selepas kemalangan dan rawatan susulan sehingga 60 hari)	Seperti yang dicaj		
Rawatan Kemalangan Pergigian (dalam masa 24 jam selepas kemalangan dan rawatan susulan sehingga 31 hari)	Seperti yang dicaj		
Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar	Seperti yang dicaj		
Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar (sehingga 60 hari dari tarikh keluar dari hospital)	Seperti yang dicaj		
Yuran Laporan Perubatan	100		
Had Tahunan Keseluruhan setiap seorang	100,000	150,000	250,000
Had Keseluruhan Seumur Hidup setiap seorang	1 Juta	1.5 Juta	2 Juta

KADAR PREMIUM TAHUNAN (UMUR KETIKA TARIKH HARI JADI SETERUSNYA)			
Umur	PELAN A (RM)	PELAN B (RM)	PELAN C (RM)
30 hari – 10 tahun	316.04	256.60	236.79
11 – 18 tahun	302.83	246.23	227.36
19 – 25 tahun	333.02	270.75	249.06
26 – 30 tahun	359.43	291.51	268.87
31 – 35 tahun	397.17	321.70	296.23
36 – 40 tahun	439.62	355.66	327.36
41 – 45 tahun	524.53	424.53	389.62
46 – 50 tahun	647.17	521.70	479.25
51 – 55 tahun	818.87	659.43	604.72
56 – 60 tahun	1,038.68	834.91	765.09
61 – 65 tahun (Pembaharuan sahaja)	1,555.66	1,248.11	1,143.40
66 – 70 tahun (Pembaharuan sahaja)	1,950.00	1,564.15	1,432.08
71 – 75 tahun (Pembaharuan sahaja)	2,436.79	1,953.77	1,788.68
76 – 80 tahun (Pembaharuan sahaja)	3,366.98	2,698.11	2,468.86
81 – 85 tahun (Pembaharuan sahaja)	4,498.11	3,602.83	3,295.28
86 – 90 tahun (Pembaharuan sahaja)	6,012.26	4,814.15	4,402.83
91 – 95 tahun (Pembaharuan sahaja)	7,956.60	6,369.81	5,825.47
96 – 100 tahun (Pembaharuan sahaja)	10,605.66	8,488.68	7,763.21

**Nota:**

Tambahan RM10.00 Duti Setem dikenakan bagi setiap polisi.

Kami akan membayar anda sehingga had yang ditunjukkan dalam Jadual Manfaat bagi perbelanjaan perubatan yang wajar dan perlu diperolehi oleh anda semasa dalam Hospital, akibat langsung anda mengalami kecederaan badan atau penyakit.