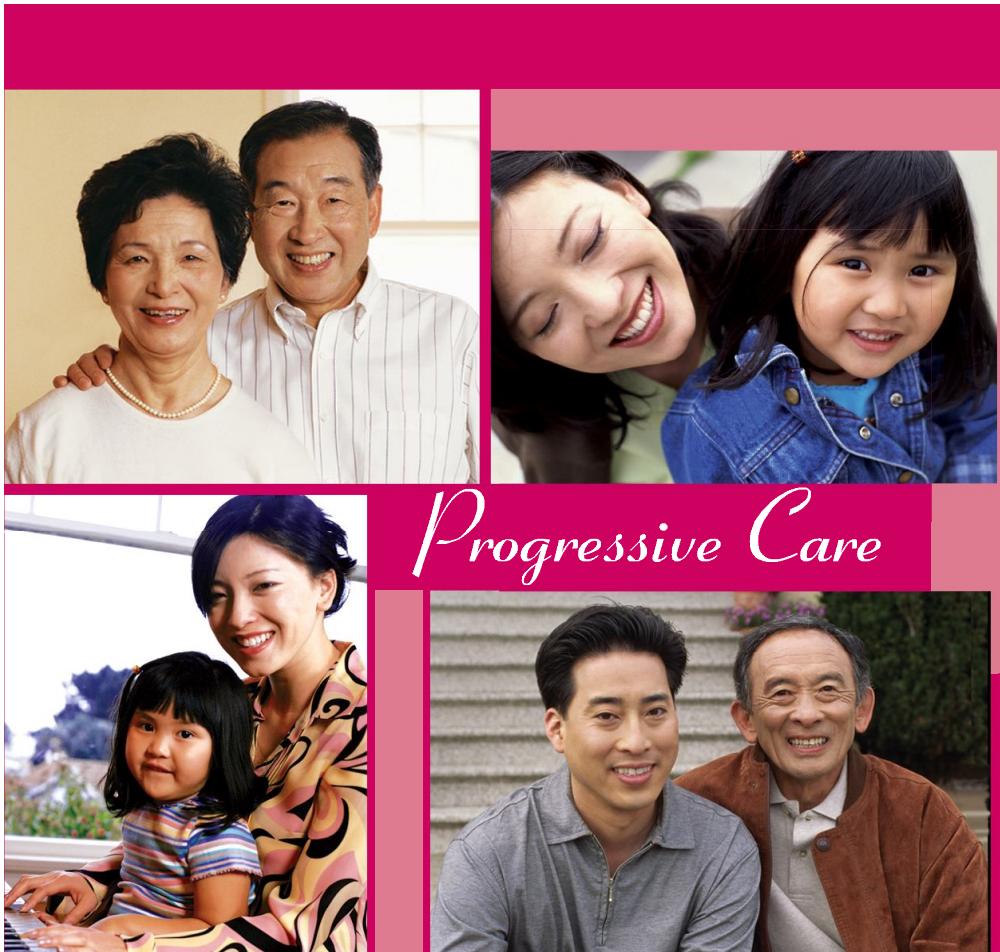




**PROGRESSIVE INSURANCE BHD** (19002-P)



*Progressive Care*

Comprehensive  
Medical and Surgical  
Insurance Programme  
Insu

**Progressive for You**

## PROGRESSIVE CARE

### A Comprehensive Hospital and Surgical Insurance Programme

To be hospitalised for a minor sickness or surgery can put a dent in our savings. A major sickness or surgery can set us back RM40,000 to RM100,000 in Medical Expenses.

### SUM INSURED OF AT LEAST RM40,000 A YEAR

**PROGRESSIVE CARE** makes sure that you and each of your family members if insured are covered for at least RM40,000 a year for any sickness or surgery which will require hospitalisation.

### COVERAGE AT AFFORDABLE PREMIUMS

**PROGRESSIVE CARE** offers you a selection of 4 Plans with benefits suited for 2-bedded to Executive Private Rooms in either a government or private hospital. Premiums are as low as One Ringgit a day.

**PROGRESSIVE CARE** policy provides a "Conditional Renewal" clause. However premium on renewal is not guaranteed and subject to the premium applicable at the time of renewal.



## WHAT AM I INSURED FOR?

**PROGRESSIVE CARE** policy provides cover for:

- ▶ Hospital Services & Supplies, Operating Theatre fees, and Hospital Room charges (including Intensive Care Unit) when one is admitted to the hospital for treatment;
- ▶ Professional fees which include surgeon's, physician's & anaesthetist's fees;
- ▶ Pre-Hospitalisation diagnostic X-ray and Laboratory expenses incurred before admission to the hospital;
- ▶ Pre-Hospitalisation Specialist Consultation fees;
- ▶ Follow-up visits with the attending physician, within 90 days after discharge from the hospital;
- ▶ Outpatient treatment required in the event of an accident requiring emergency treatment within 24 hours of the accident;
- ▶ Additional benefits for Organ Transplantation;
- ▶ Outpatient Cancer Treatment, which includes chemotherapy & radiotherapy;
- ▶ Outpatient Dialysis Treatment;
- ▶ Dental treatment to sound natural teeth as a result of accidental injuries;
- ▶ Private Home Nursing.

**PROGRESSIVE CARE** policy will provide "Conditional Renewal" subject to the terms and conditions as per the Conditional Renewal Condition in the Policy. The renewal premium payable is not guaranteed and the Company reserves the right to revise the premium rate applicable at the time of renewal.

The Company will reserve the right to withdraw the portfolio as a whole if it decides to discontinue underwriting this insurance product.

Policyholders will be given written notice of the Company's intention to withdraw the portfolio as a whole. The Company will run off all policies to expiry of the period of cover within the portfolio.

## HOW DO I GET INSURED?

There are four (4) Plans available for you to choose from at affordable premium. You should satisfy yourself by selecting the Plan that best serves your needs. Ensure that the premium payable under the policy is an amount that you can afford. Once you have decided on a plan, complete the attached application form and answer all the questions. Any question left unanswered will delay the approval of your application. You may call your Agent or our Company for assistance in completing the application form if required.

It is important that you are aware of the conditions and limitations of a Hospital & Surgical Insurance policy.

## WAITING PERIOD & PRE-EXISTING CONDITIONS

For all individuals and families who are insured for the first time, the following standard exclusions will apply.

There is a **waiting period of 30 days** before claims for illnesses can be covered. However, accidental injuries will be immediately covered upon the effective date of the policy.

**Pre-existing illnesses** shall mean disabilities that the Insured Person has reasonable knowledge of. An Insured Person may be considered to have reasonable knowledge of a pre-existing condition where the condition is one for which:-

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

**Specific illnesses** shall mean the following disabilities and its related conditions, occurring within the first one hundred and twenty (120) days of Insurance of the Insured Person:

- a) Hypertension, diabetes mellitus and cardiovascular disease
- b) All tumours, cancers, cysts, nodules, polyps, stones of the urinary system and biliary system
- c) All ear, nose (including sinuses) and throat conditions
- d) Hernias, haemorrhoids, fistulae, hydrocele, varicocele
- e) Endometriosis including disease of the reproduction system
- f) Vertebro-spinal disorders (including disc) and knee conditions.

## HOW ARE PREMIUMS CHARGED?

Standard premium will be charged based on your health status, age, & occupation being satisfactory to us. In the event that there is a variation to the standard health status & occupation declared, the policy terms, conditions & premium will be adjusted accordingly using our underwriting guidelines. Premium is charged based on your age on the next birthday.

## WILL MY PREMIUMS INCREASE?

Premiums will be increased if any of the following occurs:

- ▶ Your age next birthday falls in the next age band in the annual premium table.
- ▶ You decide to upgrade your benefits to a higher plan.
- ▶ If there are any changes to the underwriting considerations declared to us during your application (eg. occupation or health status)

## HOW DO I CLAIM FROM THIS POLICY?

**PROGRESSIVE CARE** provides a medical card, which will add value to your policy. These added values include:

- ▶ 24 hours / 7 days operational Alarm Centre backed by a dedicated staff who is multi-lingual & also speaks local dialects.
- ▶ 24 hours / 7 days admission assistance to hospitals on our panel. On discharge all expenses incurred & which are within the policy coverage, will be sent to Progressive for payment.

With the **PROGRESSIVE CARE** medical card, admission to our panel hospitals will be hassle-less. You will have peace of mind as you will not have to worry about putting up cash to settle huge hospital bills.

## FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

### 1. Do I require a medical exam before I am insured?

No, you are not required to undergo any medical examination before insurance. However, you are required to complete an application form & answer all the questions truthfully & declare any material facts that may impact our underwriting.

### 2. Is there a Medical Card?

Yes, we provide a Medical Card to facilitate admissions at Hospitals. This is backed by a 24 hour hotline that you can call for assistance if required.

**3. Do all hospitals recognise your Medical Card?**

Like other medical cards, our card is recognised by our panel of hospitals. There are more than 60 private hospitals throughout Malaysia on our panel.

**4. What happens if I choose to go to a hospital that is not on the panel?**

You may go to any hospital of your choice & can be attended to by any doctor you are most comfortable with. When you choose to use a hospital not on our panel, you will have to settle the bills upon discharge & submit them for reimbursement.

**5. How long will it take to process my claim?**

Upon receipt of all supporting claim documents that are satisfactorily completed, (i.e. original bills, medical report from the attending doctor & a claim form duly completed & signed) we will process the claim within 1 month.

**6. Am I required to pay a cash deposit before admission?**

Most hospitals require a cash deposit at admission. However, when you use Progressive's Medical Card at our panel hospitals, they are likely to waive the cash deposit.

**7. Am I required to pay anything before discharge?**

You may be required to settle charges in excess of your benefit and other non-medical charges before leaving the hospital.

**8. Is my insurance cover effective immediately after I have submitted my application form?**

Subject to the terms and conditions of the policy, you will receive a letter confirming acceptance of your application for insurance. This letter will also advise you of the effective date of your policy.

**9. Can I switch my policy to you from another Insurance Company?**

Yes, you can transfer your policy from one company to another. However, we wish to advise you that if your current health status is less favourable to the new insurer, there will be new terms imposed to exclude such health conditions.

When you transfer your policy to a new Insurer, please make sure that there is no break in the period of insurance. Otherwise your policy will be considered a fresh policy & you will be subject to all the terms & conditions of a fresh policyholder.

**10. Can I upgrade my benefits?**

Yes, you may upgrade your benefits either when you switch policies to us from another Insurance Company or during the renewal of your Progressive Care policy with us.

It is important to note that when you upgrade your benefits, payment for any claims made for the treatment of medical conditions diagnosed before the upgrading of your benefits shall not exceed the amount of benefit of your previous cover.

## DESCRIPTION OF BENEFITS

This policy shall reimburse medical expenses incurred by an Insured Person or dependent, if insured, for the following:



### DAILY ROOM AND BOARD (Maximum up to 120 days)

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



### INTENSIVE CARE UNIT (Maximum up to 90 days)

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges Medically Necessary for actual room and board incurred during confinement as an in-patient in the Intensive Care Unit of the Hospital. This benefit shall be payable equal to the actual charges made by the Hospital subject to the maximum benefit for any one day, and maximum number of days, as set forth in the Schedule of Benefits. Where the period of confinement in an Intensive Care Unit exceeds the maximum set forth in the Schedule of Benefits, reimbursement will be restricted to the standard Daily Hospital Room and Board rate.

No Hospital Room and Board Benefit shall be paid for the same confinement period where the Daily Intensive Care Unit Benefit is payable.



### HOSPITAL MISCELLANEOUS EXPENSES

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



## IN-HOSPITAL PHYSICIAN'S VISIT (Maximum 120 Days)

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



## PRE-HOSPITALISATION TREATMENT

### a) Pre-Hospitalisation Specialist Consultation

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for the first consultation by a Specialist in connection with a Disability within the maximum number of days as set forth in the Schedule of Benefits preceding confinement in a Hospital, and provided that such consultation is Medically Necessary and has been recommended in writing by the attending general practitioner.

Payment will not be made for clinical treatment (including medications and subsequent consultation after the illness is diagnosed) where the Insured does not result in hospital confinement for the treatment of the medical condition diagnosed.

### b) Pre-Hospitalisation Diagnostic Tests

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for Medically Necessary ECG, X-ray and laboratory tests which are performed for diagnostic purposes on account of an injury or illness when in connection with a Disability preceding hospitalisation, within the maximum number of days and amount as set forth in the Schedule of Benefits and which are recommended by a qualified medical practitioner. No payment shall be made if upon such diagnostic services, the Insured does not result in hospital confinement for the treatment of the medical condition diagnosed. Medications and consultation charged by the medical practitioner will not be payable.



## POST-HOSPITALISATION TREATMENT

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred in Medically Necessary follow-up treatment by the same attending Physician, within the maximum number of days and amount as set forth in the Schedule of Benefits immediately following discharge from Hospital for a non-surgical disability. This shall include medicines prescribed during the follow-up treatment but shall not exceed the supply needed for the maximum number of days as set forth in the Schedule of Benefits. Post-hospitalisation physiotherapy is not payable.



## SURGICAL FEES

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for a Medically Necessary surgery performed by Specialists, including:

**a) SURGEON'S FEE**

Specialist's pre-surgical assessment visits to the Insured Person and post-surgery care up to the maximum number of days from the date of surgery, but within the maximum indicated in the Schedule of Benefits. If more than one surgery is performed for Any One Disability, the total payments for all the surgeries performed shall not exceed the maximum stated in the Schedule of Benefits.

**b) OPERATING THEATRE**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Operating Room charges incidental to the surgical procedure.

**c) ANAESTHETIST'S FEES**

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



## DAY CARE PROCEDURE

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges Medically Necessary incurred for procedures done in an outpatient setting (without hospital admission). Such Day Care Procedure shall include Endoscopy, Intravenous Pyelography (IVP / IVU) and other minimally invasive procedures.



## EMERGENCY ACCIDENTAL OUTPATIENT TREATMENT (Accident Only)

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for up to the maximum stated in the Schedule of Benefits, as a result of a covered bodily injury arising from an Accident, for Medical Necessary treatment, as an outpatient at any registered clinic or hospital within 24 hours of the Accident causing the covered bodily Injury. Follow up treatment by the same doctor or same registered clinic or Hospital for the same covered bodily injury will be provided up to the maximum amount and the maximum number of days as set forth in the Schedule of Benefits.



### AMBULANCE FEES

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for necessary domestic ambulance services (inclusive of an attendant) to and/or from the Hospital of confinement. Payment will not be made if the Insured Person is not hospitalised, and is subject to the limits set forth in the Schedule of Benefits.



### MEDICAL REPORT FEE

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for the actual charges by the hospital or doctor for completing a medical report to substantiate a claim. The amount payable shall not exceed the limit as stated in the Schedule of Benefits.



### GOVERNMENT SERVICE TAX

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for the 5% Malaysian government service tax charged on the eligible Hospital Room.



### GOVERNMENT HOSPITAL DAILY ALLOWANCE (Maximum 120 days)

Pays a daily allowance for each day of confinement for a covered Disability in a Malaysian Government Hospital, provided that the Insured shall be confined to a Room and Board rate that does not exceed the amount set forth in the Schedule of Benefits. No Payment will be made for any transfer to or from any Private Hospital and/or Malaysian Government Hospital for the covered disability.



### ORGAN TRANSPLANT

Reimbursement of Reasonable and Customary Charges, incurred for transplantation surgery for the Insured Person, being the recipient of the transplant of a kidney, heart, lung, liver or bone marrow. Payment for this Benefit is applicable only once per lifetime whilst the policy is in force and shall be subject to the limit as set forth in the Schedule of Benefits. The costs of acquisition of the organs and all costs incurred by the donors are not covered.



### OUTPATIENT CANCER TREATMENT

If an Insured is diagnosed with Cancer as defined below, the Company will reimburse the Reasonable and Customary Charges incurred for the Medically Necessary treatment of cancer performed at a legally registered cancer treatment centre subject to the limit of this disability as set forth in the Schedule of Benefits.

Such treatment (radiotherapy or chemotherapy excluding consultation, examination tests and take

home drugs) must be received at the outpatient department of a Hospital or a registered cancer treatment centre immediately following discharge from Hospital confinement or surgery.

**Cancer** is defined as the uncontrollable growth and spread of malignant cells and the invasion and destruction of normal tissue for which major interventionist treatment or surgery (excluding endoscopic procedures alone) is considered necessary. The cancer must be confirmed by histological evidence of malignancy. The following conditions are excluded:

- (a) Carcinoma in situ including of the cervix;
- (b) Ductal Carcinoma in situ of the breast;
- (c) Papillary Carcinoma of the bladder & Stage 1 Prostate Cancer;
- (d) All skin cancers except malignant melanoma;
- (e) Stage 1 Hodgkin's disease;
- (f) Tumours manifesting as complications of AIDS.

It is a specific condition of this Benefit that notwithstanding the exclusion of pre-existing conditions, this Benefit will not be payable for any Insured who had been diagnosed as a cancer patient and/or is receiving cancer treatment prior to the effective date of Insurance.



#### OUTPATIENT KIDNEY DIALYSIS TREATMENT

If an Insured is diagnosed with Kidney Failure as defined below, the Company will reimburse the Reasonable and Customary Charges incurred for the Medically Necessary treatment of kidney dialysis performed at a legally registered dialysis centre subject to the limit of this disability as set forth in the Schedule of Benefits. Such treatment (dialysis excluding consultation, examination tests, and take home drugs) must be received at the out-patient department of a Hospital or a registered dialysis treatment centre immediately following discharge from Hospital confinement or surgery.

**Kidney Failure** means end stage renal failure presenting as chronic, irreversible failure of both kidneys to function as a result of which renal dialysis is initiated.

It is a specific condition of this Benefit that notwithstanding the exclusion of pre-existing conditions, this Benefit will not be payable for any Insured who has developed chronic renal diseases and/or is receiving dialysis treatment prior to the effective date of Insurance.



#### **ACCIDENTAL DEATH BENEFIT**

This benefit is paid in the event of an Insured Person's death as a result of an accident occurring within six (6) calendar months from the date of the accident and which is the sole cause of death.



#### **SECOND SURGICAL OPINION**

Upon diagnosis of a disability which requires surgery, this benefit shall reimburse the Reasonable and Customary Charges for the consultation fees incurred by the Insured Person for a second medical opinion on his / her diagnosed medical condition from a second Specialist. The second surgical opinion must take place within 30 days preceding confinement in a Hospital for the same condition for which a second opinion is sought. Payment will not be made for clinical treatment (including medication and subsequent consultation after the illness is diagnosed), or where the Insured Person does not result in hospital confinement for surgery of the condition for which the second opinion is sought.



#### **EMERGENCY SICKNESS TREATMENT**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred by the Insured Person for services and supplies furnished by the hospital or clinic in connection with an emergency treatment of an illness or sickness between the hours of 12:00 midnight to 6:00 am and received as an outpatient subject to the maximum amount stated in the Schedule of Benefits.



#### **ACCIDENTAL DENTAL TREATMENT**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges by a dentist or orthodontist for treatment to sound natural teeth injured as a result of accidental injuries to an Insured Person and such treatment should take place within six (6) calendar months from the date of the accident.



#### **PRIVATE HOME NURSING**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for private home nursing care rendered by a registered and graduate nurse. This benefit is paid when home nursing is required by an Insured Person, who is certified by the attending physician as non-ambulatory and for a continuous period of 24 hours a day. The maximum benefits payable shall not exceed the benefits as in the Schedule of Benefits.



### **OVERALL ANNUAL LIMIT**

The Overall Annual Limit shall be the aggregate benefits that may be claimed in any one insurance period by an Insured Person as listed in the Schedule of Benefits.

Benefits reimbursed with respect to expenses incurred for treatment provided to the Insured Person during the period of insurance shall be limited to the Overall Annual Limit as stated in the Schedule of Benefits irrespective of the type / types of disability. In the event that the Overall Annual Limit has been fully paid, the insurance for the Insured Person shall immediately cease to be payable for the remaining of the policy year.



### **LIFETIME LIMIT**

Lifetime Limit shall be the aggregate benefits that may be claimed in any one lifetime of the Insured Person during the period of insurance, as listed in the Schedule of Benefits.

## EXCLUSIONS

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

1. Pre-existing illnesses.
2. Specified illnesses occurring during the first 120 days of continuous cover.
3. Any medical or physical conditions arising within the first 30 days of the Insured Person's cover or date of reinstatement, whichever is latest, except for accidental injuries.
4. 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.
5. 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.
6. Private nursing, rest cures or sanitaria care, illegal drugs, intoxication, sterilisation, 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.
7. Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions.
8. 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 sterilisation.
9. 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.
10. Suicide, attempted suicide, or intentionally self-inflicted injury while sane or insane.
11. 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.

12. Ionising radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any nuclear weapons material.
13. Expenses incurred for the donation of any body organ by an Insured Person and costs of acquisition of the organ, including all costs incurred by the donor during the organ transplant and its complications.
14. Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical service or supplies , including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bonesetting, herbalist treatment, massage or aroma therapy or other alternative treatment.
15. Care or treatment for which payment is not required or to the extent which is payable by any other insurance or indemnity covering the Insured Person and Disabilities arising out of duties of employment or profession that is covered under a Workmen's Compensation Insurance Contract.
16. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
17. Costs / expenses of services which are non-medical in nature, such as television, telephones, telex services, radios or similar facilities, admission kit/pack and other ineligible non-medical items
18. Sickness and 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.
19. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airline licensed to carry passengers over established routes.
20. Expenses incurred for sex changes.

## PROGRESSIVE CARE (INDIVIDUAL AND FAMILY)

DESCRIPTION OF BENEFITS	PC-1 RM	PC-2 RM	PC-3 RM	PC-4 RM
<b>A. Inpatient Benefits</b>				
Daily Room & Board (per day, max 120 days)	150	220	300	400
Intensive Care Unit (per day, max 90 days)	200	400	500	600
Hospital Miscellaneous Expenses	2,000	4,000	5,000	6,000
In-Hospital Physician's Visit (per day, max 120 days)	125	220	300	400
Pre-Hospitalisation Treatment (up to 30 days before admission)	150	250	300	400
Post-Hospitalisation Treatment (up to 90 days after discharge)	150	250	300	400
Surgical Fees (Including Operating Theatre & Anaesthetist fees, 30 days follow-up)	7,500	10,000	12,000	15,000
<b>B. Outpatient Benefits</b>				
Day Care Procedure	150	250	250	450
Emergency Accidental Outpatient Treatment (30 days follow-up)	750	1,500	2,000	2,500
Ambulance Services	100	200	200	200
Medical Report Fee	80	100	150	150
Government Service Tax (up to 120 days)	5%	5%	5%	5%
<b>C. Rider Benefits</b>				
Government Hospital Daily Allowance (per day, max 120 days)	75	125	150	200
<b>D. Extended Benefits</b>				
Organ Transplant	30,000	40,000	50,000	60,000
Outpatient Cancer Treatment (per lifetime)	20,000	30,000	40,000	50,000
Outpatient Kidney Dialysis (per lifetime)	20,000	30,000	40,000	50,000
Accidental Death Benefit	3,000	4,000	4,000	4,000
<b>E. Enhanced Benefits</b>				
Second Surgical Opinion (within 30 days)	150	350	450	500
Emergency Sickness Treatment (12 midnight to 6am, per policy year)	125	200	250	300
Accidental Dental Treatment	300	500	750	1,000
Private Home Nursing (weekly benefit, max 26 weeks)	Not Covered	120	150	200
Overall Annual Limit (Applicable to A B, C and E)	40,000	60,000	80,000	120,000
Lifetime Limit	120,000	180,000	240,000	360,000

## ANNUAL PREMIUMS

Note : For families with 4 or more members (i.e. husband, wife and children), a discount of 10% will be given on the annual gross premium.

### Adult

#### Ages

	PC-1 RM	PC-2 RM	PC-3 RM	PC-4 RM
19 to 30 years	414	610	760	955
31 to 40 years	511	756	944	1,188
41 to 50 years	660	979	1,224	1,542
51 to 60 years	892	1,329	1,663	2,098

### Per Child Rate

#### Age

15 days to 12 years	220	318	393	490
13 years to 18 years	161	230	282	351

## PROGRESSIVE CARE (INDIVIDU DAN KELUARGA)

JADUAL MANFAAT	PC-1 RM	PC-2 RM	PC-3 RM	PC-4 RM
<b>A. Manfaat Hospital</b>				
Bilik Hospital Harian dan Makanan (sehari, maksimum 120 hari)	150	220	300	400
Unit Penjagaan Intensif (sehari, maksimum 90 hari)	200	400	500	600
Bayaran-Bayaran Lain Hospital	2,000	4,000	5,000	6,000
Penjagaan Doktor Dalam Hospital (sehari, maksimum 120 hari)	125	220	300	400
Rawatan Sebelum Memasuki Hospital (30 hari sebelum kemasukan hospital)	150	250	300	400
Rawatan Selepas Memasuki Hospital (90 hari selepas keluar hospital)	150	250	300	400
Yuran Pembedahan (Termasuk caj bilik pembedahan & pakar bius, rawatan selepas pembedahan selama 31 hari)				15,000
<b>B. Manfaat Pesakit Luar</b>				
Pembedahan tanpa kemasukkan Hospital	150	250	250	450
Pesakit Luar Kemalangan Kecemasan (rawatan lanjutan selama 30 hari)	750	1,500	2,000	2,500
Yuran Ambulans	100	200	200	200
Yuran Laporan Perubatan	80	100	150	150
Cukai Perkhidmatan Kerajaan (maksimum 120 hari)	5%	5%	5%	5%
<b>C. Manfaat 'Rider'</b>				
Elaun Harian Hospital Kerajaan (sehari, maksima 120 hari)	75	125	150	200
<b>D. Manfaat 'Extended'</b>				
Pemindahan Organ	30,000	40,000	50,000	60,000
Rawatan Kanser Pesakit Luar (had seumur hidup)	20,000	30,000	40,000	50,000
Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar (had seumur hidup)	20,000	30,000	40,000	50,000
Manfaat Kematian akibat Kemalangan	3,000	4,000	4,000	4,000
<b>E. Manfaat 'Enhanced'</b>				
Rundingan Pembedahan Tambahan (dalam masa 30 hari)	150	350	450	500
Rawatan Penyakit Kecemasan (antara 12 tengah malam dan 6 pagi, had setahun)	125	200	250	300
Rawatan Pergigian Kecemasan	300	500	750	1,000
Penjagaan Jururawat Persendirian (seminggu, maksima 26 minggu)	Tidak Dilindungi	120	150	200
Pembatasan Tahunan (Tertakluk kepada A B, C dan E)	40,000	60,000	80,000	120,000
Pembatasan Sepanjang Hayat	120,000	180,000	240,000	360,000

### Premium Tahunan

Nota : Untuk keluarga yang mempunyai 4 ahli atau lebih ( iaitu suami, isteri dan anak-anak),  
 diskaun sebanyak 10 % atas Premium Tahunan akan diberikan.

#### Dewasa

##### Umur

	PC-1 RM	PC-2 RM	PC-3 RM	PC-4 RM
19 hingga 30 tahun	414	610	760	955
31 hingga 40 tahun	511	756	944	1,188
41 hingga 50 tahun	660	979	1,224	1,542
51 hingga 60 tahun	892	1,329	1,663	2,098

#### Caj untuk seseorang kanak-kanak

##### Umur

Dari 15 hari hingga 12 tahun	220	318	393	490
Dari 13 tahun hingga 18 tahun	161	230	282	351

## PROGRESSIVE CARE

### Program Insurans Hospital & Pembedahan Yang Komprehensif

Penyakit atau kemalangan yang serius mungkin menyebabkan kita menghabiskan wang simpanan. Musibah yang menimpa boleh mengakibatkan kerugian diantara RM40,000 ke RM100,000 untuk rawatan ketidakupayaan akibat penyakit ataupun kemalangan.

### PERLINDUNGAN MINIMA SEBANYAK RM40,000 SETAHUN

**PROGRESSIVE CARE** memberi kepastian kepada anda dan setiap ahli keluarga anda, jika diinsuranskan, dengan perlindungan sekurang-kurangnya RM40,000 setahun untuk sebarang penghospitalan.

### PERLINDUNGAN DENGAN PREMIUM YANG BERPATUTAN

**PROGRESSIVE CARE** menawarkan anda pilihan 4 jenis pelan dengan pilihan manfaat dari Bilik 2 katil hingga Bilik Peribadi Eksekutif di hospital kerajaan mahupun swasta dengan premium serendah Satu Ringgit sehari.

**PROGRESSIVE CARE** menawarkan ciri istimewa polisi dengan Pembaharuan Polisi Bersyarat. Walaubagaimanapun, kadar premium ketika pembaharuan polisi mungkin berubah.



## ■ APA YANG SAYA DIINSURANSKAN?

Polisi **PROGRESSIVE CARE** menawarkan perlindungan terhadap:

- ▶ Bekalan & Perkhidmatan hospital, caj Bilik Pembedahan dan caj Bilik Hospital (termasuk Unit Penjagaan Intensif) apabila seseorang dimasukkan ke dalam hospital untuk rawatan;
- ▶ Yuran-yuran Pakar yang termasuk Pakar Bedah, Doktor Pakar dan Pakar Anestetik;
- ▶ X-ray diagnos pendahuluan dan bayaran makmal yang dikenakan sebelum dimasukkan ke dalam hospital ;
- ▶ Yuran Rundingan Doktor Pakar sebelum dimasukkan ke dalam hospital ;
- ▶ Rundingan lanjutan oleh doktor yang asal dalam tempoh 90 hari selepas keluar dari hospital ;
- ▶ Rawatan pesakit luar yang terlibat dalam kemalangan dan memerlukan rawatan kecemasan dalam tempoh 24 jam daripada kemalangan tersebut ;
- ▶ Manfaat tambahan untuk pemindahan organ ;
- ▶ Rawatan luar pesakit kanser termasuk Kimoterapi & Radioterapi ;
- ▶ Rawatan luar Dialisis untuk pesakit buah pinggang;
- ▶ Rawatan pergigian ke atas gigi sihat yang cedera akibat kemalangan;
- ▶ Penjagaan Jururawat Persendirian di rumah.

Polisi **PROGRESSIVE CARE** mengandungi "Pembaharuan Polisi Bersyarat". Pembaharuan tertakluk kepada syarat-syarat dan terma-terma Pembaharuan Polisi Bersyarat seperti yang terkandung didalam polisi. Jumlah premium untuk pembaharuan polisi mungkin akan berubah dan Syarikat berhak untuk mengkaji semula kadar bayaran premium pada tarikh pembaharuan polisi.

Selain itu, Syarikat juga berhak untuk menamatkan seluruh portfolio ini sekiranya ia memutuskan untuk memberhentikan penaggungan produk insurans ini.

Semua pemegang polisi akan diberi notis secara bertulis mengenai keputusan Syarikat untuk menamatkan portfolio ini. Walaubagaimanapun, semua polisi bagi portfolio ini akan terus kekal berkuatkuasa sehingga tarikh tamat polisi tersebut.

## BAGAIMANA SAYA BOLEH DIINSURANSKAN?

Anda boleh memilih diantara 4 jenis pilihan pelan dengan premium yang berpatutan. Anda dinasihatkan agar memilih pelan dan premium yang sesuai untuk anda. Setelah memastikan pelan anda, lengkapkan borang permohonan yang disertakan dengan menjawab semua soalan. Sebarang soalan yang tidak dijawab akan menangguhkan kelulusan permohonan anda. Jika perlu, anda boleh menghubungi ejen anda ataupun Syarikat untuk bantuan mengisi borang permohonan.

Adalah mustahak bagi anda untuk mengetahui syarat-syarat dan had-had polisi Insurans Hospital & Pembedahan.

## TEMPOH MENUNGGU & PENYAKIT-PENYAKIT YANG SEDIA ADA

Bagi semua individu dan keluarga yang diinsuranskan buat kali pertama, pengecualian biasa yang berikut akan dikenakan.

- ▶ Suatu **tempoh menunggu selama 30 hari** akan dikenakan sebelum tuntutan boleh dibuat terhadap penyakit yang dilindungi. Bagaimanapun, kecederaan yang disebabkan oleh kemalangan akan dilindungi dengan serta-merta dari tarikh penguatkuasaan polisi.
- ▶ **Penyakit yang sedia** ada sebelum tarikh penguatkuasaan polisi bagi Orang yang Diinsuranskan dan sedang dalam rawatan ataupun telah menunjukkan tanda-tanda.
- ▶ **Penyakit-penyakit khusus** bermaksud ketidakupayaan berikut ataupun keadaan berkaitan yang berlaku dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama insurans bagi Orang yang Diinsuranskan:
  - (a) Hipertensi, diabetes melitus dan penyakit kardiovaskular
  - (b) Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu dalam sistem kencing dan sistem biliai
  - (c) Semua penyakit telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak
  - (d) Hernia, hemoroid, fistula, hidrosele, varikosele
  - (e) Endometriosis termasuk penyakit sistem pembiakan
  - (f) Gangguan spina vertebro (termasuk disk) dan penyakit lutut.

## BAGAIMANA PREMIUM DICAJKAN?

Premium yang biasa akan dicaj berdasarkan keadaan kesihatan, umur dan pekerjaan mengikut syarat-syarat yang sedia ada. Sekiranya terdapat perbezaan dari segi kesihatan dan pekerjaan yang dinyatakan, maka syarat-syarat dan premium polisi akan ditetapkan mengikut panduan penanggungan. Premium yang dicajkan adalah berdasarkan umur anda pada hari ulangtahun yang berikut.

## BAGAIMANA SAYA BOLEH MEMBUAT TUNTUTAN?

**PROGRESSIVE CARE** akan mengeluarkan sekeping kad perubatan kepada anda. Kad ini membolehkan anda mendapatkan manfaat berikut:

- ▶ Pusat Kecemasan yang beroperasi 24 jam / 7 hari yang mempunyai staf yang boleh bertutur dalam berbagai bahasa.
- ▶ Bantuan kemasukan ke hospital-hospital panel 24 jam / 7 hari. Apabila keluar hospital, semua bayaran yang dikenakan di bawah tanggungan polisi akan dihantar kepada PROGRESSIVE untuk pembayaran.

Dengan kad perubatan **PROGRESSIVE CARE**, kemasukan ke hospital panel Syarikat adalah dipermudahkan. Anda tidak perlu bimbang tentang pembayaran bil hospital yang mahal.

## SOALAN-SOALAN YANG SERING DITANYA

### 1. Perlukah saya menjalani pemeriksaan perubatan sebelum diinsuraskan?

Tidak perlu. Walaubagaimanapun, anda perlu melengkapkan borang permohonan dan jawab semua soalan dengan jujur dan menyatakan segala maklumat yang mungkin mempengaruhi penajaan jaminan tanggungan.

### 2. Adakah saya diberi Kad Perubatan?

Ya, anda dibekalkan sekeping Kad Perubatan bagi tujuan kemasukan hospital. Hubungan talian kilat 24 jam juga disediakan untuk bantuan sekiranya perlu.

### 3. Adakah semua hospital mengiktirafkan Kad Perubatan anda?

Kad Perubatan anda diiktiraf oleh hospital-hospital swasta di dalam panel Syarikat yang mana terdapat lebih daripada 60 hospital panel di seluruh Malaysia.

**4. Bolehkah saya memilih sebuah hospital di luar panel?**

Anda boleh pergi ke hospital pilihan anda dan berjumpa doktor yang anda ingin. Walaubagaimanapun, anda dikehendaki membuat bayaran dahulu semasa keluar hospital dan seterusnya serahkan bil anda untuk pembayaran balik.

**5. Apakah jangka masa untuk memproses tuntutan saya?**

Setelah menerima semua dokumen sokongan tuntutan dengan lengkap, (seperti bil-bil asal, laporan perubatan daripada doktor rawatan dan borang tuntutan yang dilengkapkan dan bertandatangan), proses tuntutan tersebut mengambil masa 1 bulan.

**6. Adakah saya perlu membayar sebarang wang pendahuluan sebelum dimasukkan ke hospital?**

Hospital biasanya memerlukan wang pendahuluan semasa kemasukan ke hospital. Walaubagaimanapun, jika anda menggunakan Kad Perubatan di hospital-hospital panel Syarikat, pembayaran wang pendahuluan biasanya dikecualikan.

**7. Adakah saya perlu membuat sebarang bayaran sebelum keluar dari hospital?**

Anda dikehendaki membayar sekiranya ada caj yang melebihi jumlah had manfaat didalam polisi insurans anda dan caj-caj lain yang tidak berkaitan dengan rawatan perubatan sebelum keluar dari hospital.

**8. Adakah perlindungan insurans saya berkuatkuasa dengan serta merta selepas menyerahkan borang permohonan saya kepada syarikat tuan?**

Berdasarkan syarat-syarat dan terma-terma polisi insurans anda, surat akan dihantarkan kepada anda sebagai pengesahan penerimaan permohonan dan untuk memaklumkan tarikh berkuatkuasa polisi insurans anda. Ada juga akan dimaklumkan sekiranya permohonan anda tidak berjaya.

**9. Bolehkah saya memindahkan polisi syarikat insurans lain kepada polisi anda?**

Ya, anda boleh memindahkan polisi anda dari satu syarikat ke syarikat yang lain. Akan tetapi, ingin diingatkan bahawa sekira keadaan kesihatan anda kurang memuaskan kepada syarikat insurans baru, syarat-syarat baru akan dikenakan untuk mengecualikan keadaan kesihatan tersebut.

Apabila anda memindahkan polisi anda kepada syarikat insurans baru, sila pastikan tiada selang masa di antara dua polisi tersebut. Jika tidak, polisi anda akan dianggap sebagai polisi baru dan tertakluk kepada semua syarat dan peraturan baru.

## HURAIAN MANFAAT

Polisi ini akan membayar balik bayaran perubatan yang dikeluarkan oleh seseorang kakitangan ataupun orang yang bergantung kepadanya, sekiranya diinsuranskan, untuk keadaan-keadaan yang berikut:



### BILIK HOSPITAL HARIAN DAN MAKANAN (Maksimum 120 hari)

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



### UNIT PENJAGAAN INTENSIF (Maksimum 90 hari)

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.



### 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 dipreskripsi dan dimakan, pencucian dan pembalutan luka, anduh, acuan plaster, sinar-x, pemeriksaan makmal, elektrokardiogram, fisioterapi, ujian metabolism 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.



## LAWATAN PAKAR PERUBATAN DALAM HOSPITAL (Maksimum 120 hari)

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



## RAWATAN SEBELUM PENGHOSPITALAN

### a) 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.

### b) 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.



## RAWATAN SELEPAS KELUAR DARIPADA HOSPITAL

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 dipreskripsi dalam

rawatan susulan tetapi tidak boleh melebihi bekalan yang diperlukan untuk bilangan hari maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Rawatan fisioterapi yang diterima selepas keluar daripada hospital tidak dilindungi.



### BAYARAN PEMBEDAHAN

Membayar balik Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dalam rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar Pembedahan, termasuk:-

**a) BAYARAN PAKAR 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.

**b) BILIK BEDAH**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk Bilik Bedah yang berkaitan dengan prosedur pembedahan.

**c) 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.



### PEMBEDAHAN TANPA KEMASUKKAN HOSPITAL

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk prosedur pembedahan yang Perlu Dari Segi Perubatan yang dilaksanakan bagi rawatan pesakit luar (tanpa dimasukkan ke dalam Hospital). Penjagaan Harian tersebut akan meliputi Endoskopi, Intravenos Pyelogram (IVP/IVU) dan prosedur-prosedur invasif secara minimum yang lain.



### 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 oleh doktor yang sama atau klinik atau Hospital berdaftar yang sama untuk kecederaan anggota badan yang dilindungi yang sama akan disediakan hingga jumlah maksimum dan bilangan hari maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.



### 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.



### LAPORAN PERUBATAN

Membayar balik perbelanjaan yang dikenakan oleh Hospital atau Doktor untuk menyediakan laporan perubatan bagi menyokong tuntutan. Jumlah yang akan dibayar tidak boleh melebihi had yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat bagi setiap satu Kehilangan Upaya.



### CUKAI KERAJAAN

Membayar balik Cukai Kerajaan 5% yang dikenakan ke atas Bilik Hospital.



### ELAUN TUNAI HARIAN DI HOSPITAL KERAJAAN (Maksimum 120 hari)

Bayaran elaun harian bagi setiap hari semasa berada di hospital untuk Hilang Upaya yang dilindungi di Hospital Kerajaan Malaysia, dengan syarat Orang yang Diinsuranskan dihadkan kepada kadar Bilik dan Makan yang tidak melebihi jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Bayaran tidak akan dibuat bagi mana-mana pemindahan ke atau dari mana-mana Hospital Swasta dan Hospital Kerajaan Malaysia bagi hilang upaya yang dilindungi. Membayar elaun harian bagi setiap hari lengkap semasa berada di sebuah Hospital Kerajaan Malaysia untuk ketidakupayaan yang terlindung, dengan syarat Orang yang Diinsuranskan diwadkan mengikut kadar Bilik dan Makanan yang tidak melebihi amaun yang dinyatakan di Jadual Manfaat. Bayaran tidak akan dibayar balik untuk sebarang pemindahan ke atau dari Hospital Swasta dan Hospital Kerajaan Malaysia untuk ketidakupayaan yang terlindung.



## PEMINDAHAN ORGAN

Pembayaran balik Bayaran yang Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dalam pembedahan transplan untuk Orang yang Diinsuranskan yang menjadi penerima transplan buah pinggang, jantung, paru-paru, hati atau sumsum 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 dilindungi.



## 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 Papillari 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 kuatkuasa Insurans.



## 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-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 kuatkuasa Insurans.



## MANFAAT KEMATIAN AKIBAT KEMALANGAN

Manfaat ini hendaklah dibayar atas kematian Orang yang Diinsuranskan berikutan suatu kemalangan yang berlaku enam (6) bulan kalender daripada tarikh kemalangan tersebut dan adalah satu-satunya yang menyebabkan kematian.



## PENDAPAT KEDUA PEMBEDAHAN

Apabila Kehilangan Upaya yang memerlukan pembedahan telah dikenal pasti, manfaat ini akan membayar semula perbelanjaan perundingan kepada Orang yang Diinsuranskan untuk mendapatkan pendapat perubatan kedua berhubung keadaannya daripada Pakar Perubatan kedua. Pendapat kedua untuk pembedahan ini hendaklah diperolehi dalam tempoh 30 hari sebelum kemasukan ke Hospital untuk keadaaan yang sama yang mana pendapat yang kedua dikehendaki. Pembayaran tidak akan dibuat bagi rawatan perubatan (termasuk pengubatan dan rundingan yang berikut selepas penyakit telah dikenal pasti), atau di mana Orang yang Diinsuranskan tidak dimasukkan ke dalam Hospital untuk menjalankan pembedahan bagi keadaan yang mana pendapat kedua dikehendaki.



### RAWATAN PENYAKIT KECEMASAN

Membayar balik perbelanjaan sebenar yang ditanggung oleh Orang yang Diinsuranskan bagi khidmat dan barang yang dibekalkan oleh Hospital atau klinik bersabit rawatan kecemasan sakit di antara jam 12.00 malam sehingga 6.00 pagi dan dirawat sebagai pesakit luar tertakluk kepada maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Manfaat ini dihadkan kepada satu rawatan dalam satu tahun.



### RAWATAN PERGIGIAN KECEMASAN

Membayar balik bayaran yang dikenakan oleh seorang Doktor Pergigian atau ortodontis untuk rawatan gigi asli yang sihat yang cedera akibat kemalangan yang berlaku kepada Orang yang Diinsuranskan. Rawatan tersebut hendaklah dijalankan dalam tempoh enam (6) bulan daripada tarikh kemalangan.



### PENJAGAAN JURURAWAT PERSENDIRIAN

Membayar balik perbelanjaan yang ditanggung untuk penjagaan kejururawatan di dalam kediaman persendirian oleh seorang jururawat yang mempunyai diploma kejururawatan. Manfaat ini akan dibayar apabila kejuruawatan di kediaman diperlukan oleh Orang yang Diinsuranskan yang telah disahkan oleh Pakar Perubatan yang bertugas sebagai tidak boleh bergerak bagi tempoh berterusan selama 24 jam sehari. Manfaat maksimum yang akan dibayar tidak boleh melebihi manfaat yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat bagi setiap satu Kehilangan Upaya.



### 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.



### HAD SEPANJANG HAYAT

Had Sepanjang Hayat adalah agregat manfaat yang boleh dituntut oleh Orang yang Diinsuranskan semasa hidup bagi tempoh insurans seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

## PENGECUALIAN

1. Penyakit sedia ada.
2. Penyakit yang ditetapkan yang berlaku dalam tempoh 120 hari pertama bagi perlindungan berterusan.
3. 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.
4. Pembedahan plastik/kosmetik, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasan atau pembedahan (Kerfotomi radial atau Lasik) dan penggunaan atau pemerolesan perkakas atau alat prostetik seperti anggota tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.
5. Penyakit pergigian termasuk rawatan pergigian ataupembedahan oral kecuali apabila diperlukan kerana Kecederaan Akibat Kemalangan pada gigi asli yang sihat yang berlaku sepenuhnya dalam Tempoh Insurans.
6. 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.
7. Apa-apa rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.
8. Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, menggugurkan kandungan dan jagaan serta pembedahan pranatal atau postnatum, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pensterilan.
9. Penghospitalan terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis, pemeriksaan sinar-x, pemeriksaan fizikal atau perubatan gm, 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.

10. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.
11. Perang atau apa-apa tindakan perang, diisyiharkan atau tidak diisyiharkan, aktiviti jenayah atau pengganas, bergiat cergas dalam mana-mana angkatan bersenjata, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan dan kekecohkan awam atau penderhakaan tentera.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Psikotik, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).
17. Kos/belanja bagi khidmat yang bersifat bukan perubatan, seperti televisyen, telefon, khidmat teleks, radio atau kemudahan yang serupa, kit/pekar kemasukan dan barang bukan perubatan lain yang tidak layak.
18. 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.
19. Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.
20. Belanja yang ditanggung untuk menukar jantina.



## **PROGRESSIVE INSURANCE BHD** (19002-P)

Head Office 7th, 9th & 10th Floor, Menara BGI, Plaza Berjaya  
No. 12, Jalan Imbi, 55100 Kuala Lumpur  
P.O. Box 10028, 50700 Kuala Lumpur  
Tel: 03-2118 8000  
Fax: 03-2118 8098, 03-2118 8100, 03-2118 8103  
Home page <http://www.progressiveinsurance.com.my>

### **BRANCH NETWORK:**

#### **BUTTERWORTH**

2744, Ground & 1<sup>st</sup> Floor,  
Jalan Chain Ferry,  
Taman Inderawasih,  
13600 Prai,  
Seberang Prai Tengah,  
Penang  
Tel : 04-397 7128  
Fax: 04-397 7126

#### **JOHOR BAHRU**

Ground Floor,  
No. 18, Jalan Permas 10/9,  
Bandar Baru Permas Jaya,  
81750 Johor Bahru,  
Johor  
Tel : 07- 388 1586  
Fax: 07-387 9787

#### **KUCHING**

Ground Floor, Lot 216 & 217,  
Jalan Haji Taha, 93400 Kuching, ,  
P.O. Box 2749, 93754 Kuching,  
Sarawak  
Tel : 082-251 788  
Fax: 082-423 960

#### **KOTA KINABALU**

Ground Floor & 7<sup>th</sup> Floor,  
Wisma Perkasa,  
Jalan Gaya,  
Koto Kinabalu, Sabah  
P.O. Box 13936,  
88845 Kota Kinabalu,  
Sabah  
Tel : 088-244 216  
Fax: 088-218 004

#### **SANDAKAN**

1<sup>st</sup> Floor, Lot 1, Block 3,  
Bandar Indah,  
Mile 4, North Road,  
90000 Sandakan,  
Sabah  
Tel : 089-238 810  
Fax: 089-237 709

#### **MELAKA**

13-A, Jalan Melaka Raya 24,  
Taman Melaka Raya  
75000 Melaka  
Tel : 06-288 3831  
Fax: 06-288 3832

*Progressive for You*