

PROGRESSIVE CARE - JADE
(Individual & Family Hospital & Surgical Insurance Policy)

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

WHEREAS the Policyholder named in the Policy Schedule has applied to Progressive Insurance Bhd (hereinafter called "the Company") for the insurance herein described and has paid or agreed to pay the premium stated in the Policy Schedule as consideration for the insurance hereafter contained.

NOW THIS POLICY WITNESSES that if the Insured Person is confined to a hospital for treatment or is surgically treated as a day case during the Period of Insurance stated in the Policy Schedule, the Company will pay to the Policyholder or his legal personal representative the sum or sums stated in Policy Schedule. Payment is subject to reasonable and customary charges and will only be made upon receipt and approval of proof of expenses incurred.

THIS POLICY is subject to provisions, conditions and limitations as contained herein or as may be endorsed hereon.

DESCRIPTION OF BENEFITS

OVERALL ANNUAL LIMIT

Benefits Payable in respect of 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 the Overall Annual Limit has been fully paid, all insurance for the Insured Person hereunder shall immediately cease to be payable for the remaining policy year.

LIFETIME LIMIT shall mean the maximum amount payable in the lifetime of the Insured Person. Once the lifetime limit is reached, the policy is automatically terminated.

HOSPITAL ROOM AND BOARD

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges Medically Necessary for hospital bed accommodation and meals, The amount of the benefit shall 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 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

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges Medically Necessary for the actual hospital 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 benefits 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.

GOVERNMENT TAX

Reimbursement of statutory tax imposed by the Government of Malaysia on eligible claims, where applicable.

GOVERNMENT HOSPITAL CASH ALLOWANCE

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 Hospital Room and Board rate that does not exceed the amount shown in the Schedule of Benefits. No Payment will be made on the day of transfer to or from any Private Hospital and/or Malaysian Government Hospital for the covered disability.

HOSPITAL MISCELLANEOUS SERVICES

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges actually incurred for Medically Necessary general nursing, prescribed and consumed drugs and medicines, dressings, splints, plaster casts, x-ray, laboratory examinations, electrocardiograms, physiotherapy, basal metabolism 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.

PRE-SURGICAL/ PRE-HOSPITALISATION CONSULTATION

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for the first consultation by a Specialist in connection with a covered 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) or where the Insured does not result in hospital confinement for the treatment and/or surgery of the medical condition diagnosed.

PRE-HOSPITALISATION DIAGNOSTIC X-RAY AND LAB

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 covered disability preceding hospitalisation; and within the maximum number of days and amount as set forth in the Schedule of Benefits in a Hospital 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 and/or surgery of the medical condition diagnosed. Medication and consultation charged by the medical practitioner will not be payable.

POST-HOSPITALISATION TREATMENT

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for 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.

OUTPATIENT PHYSIOTHERAPY POST HOSPITALISATION

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for Medically Necessary physiotherapy treatment; prescribed by the attending surgeon, and facilitated, immediately following discharge from the hospital and within the maximum number of days as set forth in the Schedule of Benefits; after surgery and for the mobilization of the limb/s for which surgery was performed on.

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 subject to the limits set forth in the Schedule of Benefits.

EMERGENCY ACCIDENTAL DENTAL TREATMENT

Reimburses the actual charges incurred for the treatment of wholly sound natural teeth as a result of an accidental injury and received as an outpatient within twenty-four (24) hours of the occurrence of the accident in a registered dental clinic or hospital. Follow-up treatment by the same dentist will be provided up to the maximum number of days as set forth in the Schedule of Benefits.

EMERGENCY ACCIDENTAL INJURY OUTPATIENT TREATMENT

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred up to the maximum stated in the Schedule of Benefits, as a result of a covered bodily injury arising from an Accident for Medically Necessary treatment as an outpatient at any registered clinic or hospital within twenty-four (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.

SURGEON'S FEES

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for a Medically Necessary surgery by the Specialist, including pre-surgical assessment Specialist's visits to the Insured Person and post-surgical 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.

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 60 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.

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.

OPERATING THEATRE FEE

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

IN-HOSPITAL PHYSICIAN'S VISIT

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges by the attending Physician for Medically Necessary visits to a bed-paying patient while the patient is confined in a hospital for a non-surgical disability, subject to a maximum of two (2) visits per day, not exceeding the maximum number of days as set forth in the Schedule of Benefits.

Where Medically Necessary, this benefit shall also pay for one referred physician on the direct referral of the attending physician, for a directly related condition for a maximum of two (2) visits per day, not exceeding the maximum number of days, as set forth in the Schedule of Benefits.

MEDICAL REPORT FEE

Reimburses the actual fee charged for the completion of a medical report by the attending physician or surgeon in respect of each disability but not to exceed the amount as stated in the Policy Schedule.

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,

MONTHLY 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 specified 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:

- Carcinoma in situ including of the cervix;
- Ductal Carcinoma in situ of the breast;
- Papillary Carcinoma of the bladder & Stage one (1) Prostate Cancer;
- All skin cancers except malignant melanoma;
- Stage one (1) Hodgkin's disease;
- 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.

MONTHLY 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 specified in the Schedule of Benefits.

Such treatment (dialysis excluding consultation, examination tests, 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.

FUNERAL EXPENSES

This benefit is paid in the event of an insured's death as a result of accidental injuries happening within the term of the policy.

SNATCH THEFT COMPASSIONATE ALLOWANCE

This benefit shall be paid, resulting from an Insured Person, having encountered a Snatch Theft and sustained injuries requiring emergency outpatient accidental treatment. This benefit shall become payable when the benefit for Emergency Outpatient Treatment is paid and provided always, to be supported with a Police Report on the incident of a Snatch Theft. The maximum benefits payable shall not exceed the benefit as stated in the Schedule of Benefits.

TRADITIONAL MEDICAL TREATMENT

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for a Medically Necessary treatment as an outpatient due to an accident, by a registered traditional medical practitioner up to the maximum as set forth in the Schedule of Benefits and is only payable if the Insured Person receives treatment within twenty-four (24) hours after the accident. This payment is included in the total amount payable under Emergency Accidental Outpatient treatment.

DEFINITIONS

1. **ACCIDENT** shall mean a sudden, unintentional, unexpected, unusual, and specific event that occurs at an identifiable time and place which shall, independently of any other cause, be the sole cause of bodily injury.
2. **ANY ONE DISABILITY** shall mean all of the periods of disability arising from the same cause including any and all complications therefrom except if the Insured Person completely recovers and remains free from further treatment (including drugs, medicines, special diet or injection or advice for the condition) of the disability for at least ninety (90) days following the latest date of discharge and subsequent disability from the same cause shall be considered as though it were a new disability.
3. **AS CHARGED** refer to actual charges incurred for reasonable, necessary and customary medical care provided in the treatment of an insured disability.
4. **CHILD** shall mean any person who has attained the age of fifteen (15) days and is an unmarried person, is financially dependent upon the Insured and is under the age of nineteen (19), or up to the age of twenty-three (23) for those registered as full time students at a recognised educational institution.
5. **CONGENITAL CONDITIONS** shall mean any medical or physical abnormalities existing at the time of birth, as well as neo-natal physical abnormalities developing within six (6) months from the time of birth. They will include hernias of all types and epilepsy except when caused by a trauma which occurred after the date that the Insured was continuously covered under this Policy.
6. **DENTIST** shall mean a person who is duly licensed or registered to practice dentistry in the geographical area in which a service is provided, but excluding a physician or surgeon who is the Insured himself.
7. **DEPENDANT** shall mean any of the following persons:
 - a) a legally married spouse;
 - b) unmarried children over fifteen (15) days old but under nineteen (19) years of age, or twenty-three (23) years of age, is still on full-time higher education, and who is not gainfully employed.
8. **DAY SURGERY** a patient who needs the use of a recovery facility for a surgical procedure on a pre-planned basis at the hospital/specialist clinic (but not for an overnight stay).
9. **DISABILITY** shall mean a Sickness, Disease, Illness or where the Injuries arising out of a single or continuous series of causes.
10. **DOCTOR or PHYSICIAN or SURGEON** shall mean a registered medical practitioner qualified and licensed to practice western medicine and who, in rendering such treatment, is practicing within the scope of his licensing and training in the geographical area of practice, but excluding a doctor, physician or surgeon who is the Insured himself.
11. **ELIGIBLE EXPENSES** shall mean Medically Necessary expenses incurred due to a covered Disability but not exceeding the limits in the Schedule.
12. **HOSPITAL** shall mean only an establishment duly constituted and registered as a hospital for the care and treatment of sick and injured persons as paying bed-patients, and which:-
 - a) has facilities for diagnosis and major surgery,
 - b) provides twenty-four (24) hours a day nursing services by registered and graduate nurses,
 - c) is under the supervision of a Physician, and
 - d) is not primarily a clinic; a place for alcoholics or drug addicts; a nursing, rest or convalescent home or home for the aged or similar establishments.
13. **HOSPITALISATION** shall mean admission to a Hospital as a registered in-patient for Medically Necessary treatment for a covered Disability upon recommendation of a physician. A patient shall not be considered as an in-patient if the patient does not physically stay in the hospital for the whole period of confinement.
14. **INTENSIVE CARE UNIT** shall mean a section within a Hospital which is designated as an Intensive Care Unit by the Hospital, and which is maintained on a twenty-four (24) hour basis solely for treatment of patients in critical condition and is equipped to provide special nursing and medical services not available elsewhere in the Hospital.
15. **INJURY** shall mean bodily injury caused solely by Accident.
16. **INSURED PERSON** shall mean the person described in the Policy Schedule including his/her Dependent (if applicable).
17. **MALAYSIAN GOVERNMENT HOSPITAL** shall mean a hospital which charges for services are subject to the Fee Act 1951 Fees (Medical) Order 1982 and/or its subsequent amendments if any.
18. **MEDICALLY NECESSARY** shall mean a medical service which is:-
 - a) consistent with the diagnosis and customary medical treatment for a covered Disability, and
 - b) in accordance with standards of good medical practice, consistent with current standard of professional medical care, and of proven medical benefits, and
 - c) not for the convenience of the Insured or the Physician, and unable to be reasonably rendered out of hospital (if admitted as an inpatient), and
 - d) not of an experimental, investigational or research in nature, preventive or screening nature,
 - e) for which the charges are fair and reasonable and customary for the Disability.

19. **OUT-PATIENT** shall mean the Insured Person is receiving medical care or treatment without being hospitalised and includes treatment in a Day Care centre.
20. **OPERATING THEATRE**
Reimbursement of the Reasonable and Customary Operating Room charges incidental to the surgical procedure.
21. **POLICYHOLDER** shall mean a person or a corporate body to whom the Policy has been issued in respect of cover for persons specifically identified as Insured Persons in this Policy.
22. **POLICY YEAR** shall mean the one (1) year period including the effective date of commencement of Insurance, or the one (1) year period following the Renewal or Renewed Policy.
23. **PRE-EXISTING ILLNESSES** shall mean disabilities that the Insured Person has reasonable knowledge of. A policy owner 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.
24. **PRESCRIBED MEDICINES** shall mean medicines that are dispensed by a Physician, a Registered Pharmacist or a Hospital and which have been prescribed by a Physician or Specialist in respect of treatment for a covered Disability.
25. **REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGES**
Shall mean charges for medical care which is medically necessary and shall be considered reasonable and customary to the extent that it does not exceed the general level of charges being made by others of similar standing in Malaysia, when furnishing like or comparable treatment, services or supplies to individuals of the same sex and of comparable age for a similar sickness, disease or injury and in accordance with accepted medical standards and practice and could not have been omitted without adversely affecting the Insured Person's medical condition.
26. **RENEWAL OR RENEWED POLICY** shall mean a Policy which has been renewed without any lapse of time upon expiry of a preceding Policy with the same content.
27. **SICKNESS, DISEASE OR ILLNESS** shall mean a physical condition marked by a pathological deviation from the normal healthy state.
28. **SPECIALIST** shall mean a medical or dental practitioner registered and licensed as such in the geographical area of his practice where treatment takes place and who is classified by the appropriate health authorities as a person with superior and special expertise in specified fields of medicine or dentistry, but excluding a physician or surgeon who is the Insured himself.
29. **SPECIFIC ILLNESSES** shall mean the following disabilities and its related complications, occurring within the first one hundred and twenty (120) days of Insurance of the Insured Person:
- Hypertension, diabetes mellitus and cardiovascular disease;
 - All tumours cancers, cyst, nodules, polyps, stones of the urinary system and biliary system;
 - All ear, nose, (including sinuses) and throat conditions;
 - Hernias, haemorrhoids, fistulae, hydrocele, varicocele;
 - Endometriosis including diseases of the Reproductive system;
 - Vertebro-spinal disorders (including disc) and knee conditions.
30. **SURGERY** shall mean any of the following medical procedures:
- To incise, excise or electrocauterise any organ or body part, except for dental services.
 - To repair, revise, or reconstruct any organ or body part.
 - To reduce by manipulation a fracture or dislocation.
 - Use of endoscopy to remove a stone or object from the larynx, bronchus, trachea, esophagus, stomach, intestine, urinary bladder, or urethra.

GENERAL PROVISIONS

1. PERSONS ELIGIBLE

Persons eligible to be covered under this Policy are:-

- a) the Policyholder aged below seventy (70) years;
- b) the Policyholder's legal spouse aged below seventy (70) years, unless legally separated from the Policyholder; and
- c) the Policyholder's child who has attained the age of fifteen (15) days and is an unmarried person, is financially dependent upon the Insured Person and is under the age of nineteen (19), or up to the age of twenty-three (23) for those registered as full time students at a recognised educational institution.

2. PERIOD OF COVER AND RENEWAL

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

This policy will be renewable at the option of the policyholder subject to the terms, conditions and termination at each of the policy's anniversary date. The renewal premiums payable is not guaranteed and the Company reserves the right to revise the premium rate applicable at the time of renewal. Such changes, if any, shall be applicable to all policyholder's irrespective of their claim experience, according to the Company's risk assessment.

This policy is renewable at the option of the policyholder until the occurrence of any of the following:

- a) non-payment of premium or premium not made on time
- b) fraud or misrepresentation of material fact during application
- c) the policy is cancelled at the request of the policyholder
- d) total claims of the policy have reached the lifetime limit specified and/or on the death of the Insured Person
- e) the Insured Person ceases to qualify as a dependent based on the definition of the policy
- f) the Insured Person attains the coverage age limit specified
- g) termination of coverage for all policies in a certain market and the Company withdraws this policy completely from the market in accordance with the Portfolio Withdrawal Condition.

The Company shall give the Policyholder thirty (30) days written notice in the event of revision of premium or portfolio withdrawal.

3. GEOGRAPHICAL TERRITORY

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

4. SUCCEEDING POLICYHOLDER

- a) In the event of the death of the Policyholder while this Policy is in-force, the Policyholder's legal spouse shall automatically become the Policyholder and all reference in this Policy to the Policyholder shall thereafter mean such Insured Person.
- b) When an Insured Person ceases to be a dependent child, the Insured Person may continue to renew the policy in the Insured Person's own name as a policyholder and all references in this Policy to the Policyholder shall thereafter mean such Insured Person.

EXCLUSIONS

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

1. Pre-existing illness.
2. Any medical or physical conditions arising within the first thirty (30) days of the Insured Person's cover or date of reinstatement whichever is latest, except for accidental injuries.
3. Care or treatment for which payment is not required or to the extent which is payable by any other insurance or indemnity covering the Insured and Disabilities arising out of duties of employment or profession that is covered under a Workman's Compensation Insurance Contract.
4. Plastic/Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness (Radial Keratotomy) and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof.
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 sanitarial care, illegal drugs, intoxication, sterilisation, venereal diseases and its sequelae, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or ARC (AIDS Related Complex) and HIV related diseases, and any communicable diseases requiring quarantine by law.
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. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).

10. Hospitalisation primarily for investigatory purposes, 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.
11. Costs/expenses of services of a non-medical nature, such as television, telephones, telex services, radio or similar facilities, admission kits/packs and other ineligible non-medical items.
12. Sickness or Injury arising from racing of any kind (except foot racing), hazardous sports such as but not limited to skydiving, water skiing, underwater activities requiring breathing apparatus, winter sports, professional sports and illegal activities,
13. Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while sane or insane.
14. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airline licensed to carry passengers over established routes.
15. 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.
16. Ionising radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any nuclear weapons material.
17. Expenses incurred for donation of any body organ by an Insured Person and cost of acquisition of the organ including all costs incurred by the donor during organ transplant and its complications.
18. Expenses incurred for sex changes.
19. Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical services or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bone-setting, herbalist treatment, massage or aroma therapy or other alternative treatment.

GENERAL CONDITIONS

1. ALTERATIONS

No alteration to this Policy shall be valid unless mutually agreed upon by the Company and the Policyholder, and such approval is endorsed thereon,

2. ARBITRATION

All differences arising out of this Policy shall be referred to an Arbitrator who shall be appointed in writing by the parties in difference. In the event they are unable to agree on who is to be the Arbitrator within one (1) month of being required in writing to do so then both parties shall be entitled to appoint an Arbitrator each who shall proceed to hear the differences together with an Umpire to be appointed by both Arbitrators. However, this is provided that any disclaimer of liability by the Company for any claim hereunder must be referred to an Arbitrator within twelve (12) calendar months from date of such disclaimer.

3. CANCELLATION OF POLICY

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

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

4. CASH BEFORE COVER

It is a fundamental and absolute special condition of this contract of insurance that the premium due must be paid and received by the Company before insurance cover is effective.

5. CERTIFICATION, INFORMATION AND EVIDENCE

All certificates, information, medical reports and evidence as required by the Company shall be furnished at the expense of the Insured, and in such a form that the Company may require. In any event all notices which the Company shall require the Policyholder to give must be in writing and addressed to the Company. An Insured shall, at the Company's request and expense, submit to a medical examination whenever such is deemed necessary.

6. **CHANGE IN RISK**
The Insured Person shall give immediate notice in writing to the Company of any material change in his or her occupation, business, duties or pursuits and pay any additional premium that may be required by the Company.
7. **CLAIM PROCEDURES**
a) The Insured shall within thirty (30) days of a Disability that incurs claimable expenses, give written notice to the Company stating full particulars of such event, including all original bills and receipts, and a full Physician's report stipulating the diagnosis of the condition treated and the date the Disability commenced in the Physician's opinion and the Physician's summary of the cost of treatment including medicines and services rendered. Failure to furnish such notice within the time allowed shall not invalidate any claim if it is shown not to have been reasonably possible to furnish such notice and that such notice was furnished as soon as was reasonably possible.
b) The Insured shall immediately procure and act on proper medical advice and the Company shall not be held liable in the event a treatment or service becomes necessary due to failure of the Insured to do so.
8. **COOLING-OFF PERIOD**
If this Policy shall have been issued and for any reason whatsoever the Insured Person shall decide not to take up the Policy, the Insured Person may return the Policy to the Company for cancellation provided such request for cancellation is delivered by the Insured Person to the Company within fifteen (15) days from the date of delivery of the Policy. The Insured Person is entitled to the return of the full premium paid less deduction of administrative expenses incurred by the Company in the issue of the Policy.
9. **CONDITION PRECEDENT TO LIABILITY**
The due observance and the fulfillment of the terms, provisions and conditions of this Policy by the Insured Person and in so far as they relate to anything to be done or complied with by the Insured Person shall be conditions precedent to any liability of the Company.
10. **CONTRIBUTION**
If an Insured Person carries other insurance covering any illness or injury insured by this Policy, the Company shall not be liable for a greater proportion of such illness or injury than the amount applicable hereto under this Policy that bears to the total amount of all valid insurance covering such illness or injury.
11. **CONVERSION POLICIES** (applicable only if specified in the Policy Schedule)
If the Eligible Benefits provided under this Policy shall have been converted from an existing coverage of an 'Inner Limits' to an 'As Charged/Full Reimbursement' coverage, and if such Insured shall have been afflicted with a Disability prior to or at the time the Benefits were converted, the benefits payable in respect of the Disability shall be in accordance with the Schedule of Benefits prior to the date the Eligible Benefits were converted.
12. **CURRENCY EXCHANGE RATES**
In the event of hospitalisation outside of Malaysia, bills rendered in terms of currency other than that of Malaysian Ringgit shall be assessed on the basis of the quoted exchange rate (open market rate if a free market, official rate if not a free market) in effect on the date of discharge from hospital of the Insured Person,
13. **CURRENCY OF PAYMENT**
All payments under this Policy shall be made in the legal currency of Malaysia. Should any payment be requested by the Insured to be payable in any other currency, then such amount shall be payable in the demand currency as may be purchased in Malaysia at the prevailing currency market rates on the date of the claim settlement.
14. **GOVERNING LAW**
This Policy is issued under the laws of Malaysia and is subject and governed by the laws prevailing in Malaysia.
15. **GRACE PERIOD**
Notwithstanding the Cash Before Cover Condition, a Grace Period of thirty (30) days following the expiry date shall be allowed to the Policyholder for the payment of any premiums after the first policy year. If any premium is not paid in respect of this Policy or any supplementary contracts before the end of the Grace Period, this Policy and the relevant supplementary contracts shall be deemed as terminated at the expiry date of the policy. Even if payment is made during the grace period any disability occurring during the period from the expiry date to the payment date shall not be payable.
16. **INCOMPLETE CLAIMS**
All claims must be submitted to the Company within thirty (30) days of completion of the events for which the claim is being made. Claims are not deemed complete and Eligible Benefits are not payable unless all bills for such claims have been submitted and agreed upon by the Company. Only actual costs incurred shall be considered for reimbursement. Any variation or waiver of the foregoing shall be at the Company's sole discretion.
17. **LEGAL PROCEEDINGS**
No action at law or in equity shall be brought to recover on this Policy prior to expiration of sixty (60) days after written proof of loss has been furnished in accordance with the requirements of this Policy. If the Insured Person shall fail to supply the requisite proof of loss as stipulated by the terms, provisions and conditions of the Policy, the Insured Person may, within a grace period of one (1) calendar year from the time that the written proof of loss to be furnished, submit the relevant proof of loss to the Company with cogent reason(s) for the failure to comply with the Policy terms, Provisions and conditions. The acceptance of such proof of loss shall be at the sole and entire discretion of the Company. After such grace period has expired, the Company will not accept, for any reason whatsoever, such written proof of loss.
18. **LOCAL TREATMENT CLAUSE**
Notwithstanding anything contained herein to the contrary, if the Insured Person is a non-Malaysian, the coverage and benefits provided shall be restricted to treatment in Malaysia only.

19. MISREPRESENTATION / FRAUD

If the proposal or declaration of the Insured Person is untrue in any respect or if any material fact affecting the risk be incorrectly stated herein or omitted therefrom, or if this insurance, or any renewal thereof shall have been obtained through any misstatement, misrepresentation or suppression, or if any claim made shall be fraudulent or exaggerated, or if any false declaration or statement shall be made in support thereof, then in any of these cases, this Policy shall be void.

20. MISSTATEMENT OF AGE

If the age of the Insured Person has been misstated and the premium paid as a result thereof is insufficient, any claim payable under this Policy shall be prorated based on the ratio of the actual premium paid to the correct premium which should have been charged for the year. Any excess premium, which may have been paid as a result of such misstatement of age, shall be refunded without interest. If at the correct age the Insured Person would not have been eligible for cover under this Policy, no benefit shall be payable.

21. NOTICE

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

22. OVERSEAS TREATMENT

If the Insured Person seeks treatment overseas, benefits in respect of the treatment shall be covered subject to the exclusions, limitations and conditions specified in this Policy and all benefits will be payable based on Malaysian equivalent charges and on the official exchange rate ruling on the last day of the Period of Confinement and shall exclude the cost of transport to the place of treatment provided;

- a. an Insured Person travelling abroad for a reason other than for medical treatment, needs to be confined to a Hospital outside of Malaysia as a consequence of a Medical Emergency.
- b. an Insured Person upon recommendation of a Physician has to be transferred to a Hospital outside of Malaysia because the specialised nature of the treatment, aid, information or decision required can neither be rendered nor furnished nor taken in Malaysia.

Overseas treatment of a disease, sickness or injury which is diagnosed in Malaysia and non-emergency or chronic conditions where treatment can reasonably be postponed until return to Malaysia are excluded.

23. OWNERSHIP OF POLICY

Unless otherwise expressly provided for by Endorsement in the Policy, the Company shall be entitled to treat the Policyholder as the absolute owner of the Policy. The Company shall not be bound to recognise any equitable or other claim to or interest in the Policy, and the receipt of the Policy or a Benefit by the Policyholder (or by his legal or authorised representative) alone shall be an effective discharge of all obligations and liabilities of the Company. The Policyholder shall be deemed to be the responsible Principle or Agent of the Insured Persons covered under this Policy.

24. PORTFOLIO WITHDRAWAL CONDITION

The Company reserves the right to cancel the portfolio as a whole if it decides to discontinue underwriting this insurance product. Cancellation of the portfolio as a whole shall be given by written notice to the policyholder and the Company will run off all policies to expiry of the period of cover within the portfolio.

25. RESIDENCE OVERSEAS

No benefit whatsoever shall be payable for any medical treatment received by the Insured Person outside of Malaysia, if the Insured Person resides or travels outside of Malaysia for more than ninety (90) consecutive days.

26. SUBROGATION

If the Company shall become liable for any payment under this Policy, the Company shall be subrogated to the extent of such payment to all the rights and remedies of the Insured Person against any party and shall be entitled at its own expense to sue in the name of the Insured Person. The Insured Person shall give or cause to be given to the Company all such assistance in his/her power as the Company shall require to secure the rights and remedies and at the Company's request shall execute or cause to be executed all documents necessary to enable the Company to effectively bring suit in the name of the Insured Person.

27. TAKE-OVER POLICIES

If this policy shall have commenced immediately upon termination of a preceding policy and if an Insured Person shall have been afflicted with a medical disability prior to or at the time this policy started (and benefits under the preceding policy would have been available to him), such Insured Person shall continue to be covered for the existing disability, but not to exceed the limits of the previous policy on condition the Company has secured a copy of the preceding policy.

28. TERMINATION OF INSURED PERSON AND COMPANY LIABILITY

An Insured Person shall cease to be an Insured Person on :-

- a) the policy anniversary following the attainment of the seventieth (70th) birthday and for children, on the policy anniversary following the attainment of the nineteenth (19th) birthday or the twenty third (23rd) birthday for those registered as full time students at a recognised local institution of higher learning.
- b) The date of termination of the Policy or any person's coverage.

In any case the Company's liability shall cease with the date of termination of the policy or any person's coverage.

29. UPGRADED POLICIES

If the Eligible Benefits to any Insured Person under the terms of this Policy be increased while it is in force or at the time of Renewal or replacement and if such Insured Person shall have been afflicted with a Disability prior to or at the time the Benefits were increased, the Limits of Benefits payable in respect of such Disability shall not exceed the Limit of Benefits prior to the date the Benefits were upgraded.

30. UPGRADED ROOM AND BOARD CO-PAYMENT

If the Insured Person is hospitalised at a published Room & Board rate which is higher than his/her eligible benefit, the Insured Person shall bear 20% of the other eligible benefits described in the Schedule of Benefits.

31. WAITING PERIOD

Eligibility for benefits starts thirty (30) days after the Insured has been included in the Policy, except for a covered Accident occurring after the effective date of coverage.

32. SANCTION LIMITATION AND EXCLUSION CLAUSE

No insurer shall be deemed to provide cover and no insurer shall be liable to pay any claim or provide any benefit hereunder to the extent that the provision of such cover, payment of such claim or provision of such benefit would expose that insurer to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, Japan, United Kingdom or United States of America.

33. INFECTIOUS OR CONTAGIOUS DISEASE EXCLUSION DURING A PHEIC (LMA5500 13 MAY 2020)

1. This Insurance does not cover claims in any way caused by or resulting from an infectious or contagious disease, an outbreak of which has been declared a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) by the World Health Organization (WHO).
2. This exclusion shall apply to claims made after the date of any such declaration(s), other than where a relevant diagnosis has been made by a qualified medical practitioner before the date of any such declaration(s).
3. This exclusion will continue to apply until the WHO cancels or withdraws any relevant PHEIC.
4. Infectious or contagious disease means any disease capable of being transmitted from an infected person, animal or species to another person, animal or species by any means.

PROGRESSIVE CARE - JADE **(Insurans Individu & Keluarga Penghospitan & Pembedahan)**

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

BAHAWASANYA Pemegang Polisi yang dinamakan dalam Jadual Polisi telah memohon kepada Progressive Insurance Bhd (kemudian dari ini dirujuk sebagai "Syarikat") untuk insurans sepertimana yang dihurai di dalam ini dan telah membayar atau bersetuju untuk membayar premium yang dinyatakan dalam Jadual Polisi sebagai balasan untuk insurans yang terkandung kemudian dari ini.

MAKA POLISI INI MEMPERAKUI bahawa jika Orang yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital untuk rawatan atau menjalani pembedahan harian dalam Tempoh Insurans yang dinyatakan dalam Jadual Polisi, Syarikat akan membayar kepada Pemegang Polisi atau wakil dirinya yang sah jumlah yang dinyatakan dalam jadual polisi. Bayaran tertakluk kepada bayaran munasabah dan biasa diamalkan dan akan hanya dibuat apabila bukti belanja tertanggung diterima dan diluluskan.

POLISI INI tertakluk kepada peruntukan-peruntukan, syarat-syarat dan had sepertimana yang terkandung atau yang mungkin diendos padanya.

HURAIAN MANFAAT

HAD TAHUNAN KESELURUHAN

Faedah yang dibayar bagi perbelanjaan yang dikenakan untuk rawatan yang diberikan kepada Orang yang Diinsuranskan dalam tempoh insurans adalah dihadkan mengikut Had Tahunan Keseluruhan seperti yang dinyatakan di dalam Jadual Faedah tanpa mengira jenis hilang upaya. Jika Had Tahunan Keseluruhan telah dicapai, maka semua insurans untuk Orang yang Diinsuranskan akan dihentikan bayarannya serta-merta bagi baki tahun polisi tersebut.

HAD SEPANJANG HAYAT adalah jumlah maksima yang boleh dituntut oleh Orang yang Diinsuranskan sepanjang hayatnya. Apabila Had Sepanjang Hayat telah dicapai, Polisi ini akan dibatalkan secara automatik.

BILIK & PENGINAPAN HOSPITAL

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk penginapan di hospital serta makanan yang disediakan. Jumlah pembiayaan hendaklah sama dengan caj sebenar yang dikenakan oleh Hospital semasa penghospitan, tetapi tidak boleh melebihi, bagi mana-mana satu hari, Kelayakan pembiayaan Bilik & Penginapan, dan bilangan hari maksima, seperti yang ditetapkan di dalam jadual Faedah. Orang yang Diinsuranskan hanya layak menerima pembiayaan ini apabila dimasukkan ke hospital sebagai pesakit dalam.

UNIT RAWATAN RAPI

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk bilik dan makanan yang sebenarnya semasa penghospitan sebagai pesakit dalam di Unit Rawatan Rapi Hospital. Bayaran pembiayaan ini hendaklah sama dengan caj sebenar yang dikenakan oleh Hospital dan tertakluk kepada kadar kelayakan maksima bagi mana-mana satu hari, dan bilangan hari yang maksima, seperti yang ditetapkan di dalam Jadual Faedah. Apabila tempoh penghospitan di Unit Rawatan Rapi melebihi tempoh maksima yang ditetapkan dalam Jadual Faedah, maka pembayaran balik akan dihadkan kepada kadar Bilik dan Penginapan Harian Hospital.

Faedah Bilik dan Penginapan Hospital tidak akan dibiayai jika Faedah Unit Rawatan Rapi Harian telah dibayar untuk hari yang sama.

CUKAI KERAJAAN

Membayar balik Cukai Kerajaan (di mana berkenaan) yang dikenakan atas amaun yang Munasabah dan Biasanya dikenakan untuk keperluan perkhidmatan dan bekalan perubatan yang dipakai oleh Orang yang Diinsuranskan semasa memasukkan hospital.

ELAUN TUNAI HARIAN DI HOSPITAL KERAJAAN

Membayar elaun harian bagi setiap hari penghospitan di Hospital Kerajaan Malaysia untuk Hilang Upaya yang dilindungi, dengan syarat Orang yang Diinsuranskan dihadkan kepada kadar bilik dan penginapan yang tidak melebihi kadar kelayakannya yang dinyatakan di dalam Jadual Faedah. Pembiayaan tidak akan dibayar bagi kos pemindahan ke, atau dari mana-mana Hospital Swasta dan Hospital Kerajaan Malaysia.

BEKALAN & KHIDMAT PELBAGAI HOSPITAL

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa 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, 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 di dalam Jadual Faedah.

RUNDINGAN PAKAR PRA-PEMBEDAHAN / PRA-HOSPITAL

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa untuk rundingan kali pertama oleh Pakar yang berkaitan dengan Hilang Upaya Yang Dilindungi dalam bilangan hari maksima seperti yang ditetapkan dalam Jadual Faedah 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.

UJIAN DIAGNOSTIK SINAR-X DAN MAKMAL PRA-HOSPITAL

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa 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 Yang Dilindungi sebelum dimasukkan ke hospital mengikut bilangan hari dan jumlah maksima yang ditetapkan dalam Jadual Faedah 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 yang didiagnosis itu. Bayaran ubat dan rundingan yang dikenakan oleh pengamal perubatan tidak akan dibayar.

RAWATAN SUSULAN SELEPAS PENGHOSPITALAN

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa yang ditanggung dalam rawatan susulan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar Perubatan yang telah memberikan rawatan, mengikut bilangan hari dan jumlah maksima seperti yang ditetapkan dalam Jadual Faedah sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital di mana penghospitalan adalah untuk merawat hilang upaya yang tidak memerlukan pembedahan. Pembiayaan ini termasuk untuk ubat yang dipreskripsikan dalam rawatan susulan tetapi bekalan ubat termasuk tidak boleh melebihi bekalan yang diperlukan untuk bilangan hari maksima seperti yang ditetapkan di dalam Jadual Faedah.

FISIOTERAPI PESAKIT LUAR SELEPAS PENGHOSPITALAN

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa yang ditanggung untuk rawatan fisioterapi yang Perlu Dari Segi Perubatan; dipreskripsikan oleh pakar pembedahan, dan kemudahannya, selepas keluar dari Hospital dalam bilangan hari maksima seperti yang ditetapkan dalam Jadual Faedah; selepas pembedahan dan untuk pengerahan anggota-anggota yang telah menjalankan pembedahan.

YURAN 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 di dalam Jadual Faedah.

RAWATAN PERGIGIAN KEMALANGAN DAN KECEMASAN

Membayar balik bayaran sebenar yang ditanggung untuk rawatan semula kecederaan akibat kemalangan gigi asli yang sihat sebagai pesakit luar dalam tempoh dua puluh empat (24) jam dari masa berlakunya kemalangan, di klinik pergigian atau hospital yang beriktiraf. Rawatan susulan oleh doktor gigi yang sama akan dibiayai sehingga kadar dan bilangan hari maksima yang ditetapkan di dalam Jadual Faedah.

RAWATAN PESAKIT LUAR BAGI KEMALANGAN DAN KECEMASAN

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan biasa yang ditanggung sehingga jumlah maksima yang dinyatakan di dalam Jadual Faedah, bagi Kecederan akibat kemalangan anggota badan yang dilindungi untuk rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan sebagai pesakit luar di mana-mana klinik atau hospital yang beriktiraf dalam tempoh dua puluh (24) jam dari masa berlakunya Kemalangan tersebut. Rawatan susulan oleh doktor yang sama atau Hospital yang beriktiraf yang sama, untuk kecederaan anggota badan yang dilindungi yang sama, akan dibiayai sehingga kadar dan bilangan hari maksima seperti yang ditetapkan di dalam Jadual Faedah.

YURAN PAKAR BEDAH

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa untuk pembedahan yang perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar Bedah, termasuk lawatan penilaian pra-pembedahan Orang Yang Diinsuranskan oleh Pakar Bedah dan rawatan selepas pembedahan sehingga bilangan hari maksima dari tarikh pembedahan, tetapi dalam tempoh maksima yang dinyatakan di dalam Jadual Faedah, Jika lebih daripada satu pembedahan dijalankan bagi Mana-mana Satu Hilang Upaya, jumlah pembiayaan untuk semua pembedahan yang dijalankan tidak boleh melebihi jumlah maksima yang dinyatakan di dalam Jadual Faedah.

PENDAPAT KEDUA PEMBEDAHAN

Apabila Kehilangan Upaya yang memerlukan pembedahan telah dikenalpasti, faedah ini akan membayar semula perbelanjaan perundingan kepada Orang Yang Diinsuranskan untuk mendapatkan pendapat perubatan kedua berhubungan keadaannya daripada Pakar Perubatan kedua. Pendapat kedua untuk pembedahan ini hendaklah diperolehi dalam tempoh enam puluh (60) hari sebelum kemasukan ke hospital untuk keadaan 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 hospital untuk menjalankan pembedahan bagi keadaan yang sama pendapat kedua dikehendaki.

YURAN PAKAR BIUS

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

BILIK BEDAH

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

LAWATAN PAKAR PERUBATAN DALAM HOSPITAL

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa oleh Pakar Perubatan untuk lawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan ke atas pesakit dalam semasa penghospitalan untuk hilang upaya yang tidak memerlukan pembedahan, yang tertakluk kepada lawatan maksima dua (2) kali sehari dan tidak melebihi bilangan hari maksima yang ditetapkan di dalam Jadual Faedah.

Di mana yang Perlu Dari Segi Perubatan, faedah ini akan membayar untuk rundingan dari seorang pakar perubatan yang dirujuk oleh pakar perubatan yang merawat, untuk hilang upaya yang berkenaan, untuk maksima dua (2) lawatan sehari, dan tidak boleh melebihi bilangan hari maksima yang di dalam Jadual Faedah.

LAPORAN PERUBATAN

Membayar balik perbelanjaan yang sebenar dikenakan untuk menyediakan laporan perubatan oleh pakar perubatan atau pembedahan bagi setiap satu hilang upaya tetapi tidak boleh melebihi kadar kelayakan maksima yang dinyatakan di dalam Jadual Faedah,

TRANSPLAN ORGAN

Membayar balik Bayaran yang Munasabah dan Biasa yang ditanggung dalam pembedahan transplan untuk Orang Yang Diinsuranskan yang menjadi penerima transplan buah pinggang, jantung, paru-paru, hati atau sum-sum tulang. Pembiayaan ini terpakai hanya sekali seumur hidup semasa polisi berkuasa dan tertakluk kepada had yang ditetapkan di dalam jadual Faedah. Kos pemerolehan organ dan semua kos yang ditanggung oleh penderma tidak dilindungi.

RAWATAN BULANAN KANSER PESAKIT LUAR

Jika Orang Yang Diinsuranskan didiagnosis menghidap kanser seperti yang dinyatakan di bawah, Syarikat akan membiayai Bayaran Munasabah dan Biasa 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 Faedah.

Rawatan itu (radioterapi atau kemoterapi tidak termasuk rundingan, ujian pemeriksaan dan 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:-

- Karsinoma in situ termasuk pada serviks
- Karsinoma duktus in situ pada buah dada
- Karsinoma Papilari pada pundi & Kanser Prostat Peringkat 1;
- Semua kanser kulit kecuali melanoma malignan;
- Penyakit Hodgkin Peringkat 1;
- Tumor yang menunjukkan dengan jelas komplikasi AIDS.

Adalah syarat khas bagi Faedah ini bahawa tanpa menyentuh pengecualian penyakit 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 Insurans berkuatkuasa.

RAWATAN DIALISIS BUAH PINGGANG PESAKIT LUAR BULANAN

Jika Orang Yang Diinsuranskan didiagnosis sebagai mengalami Kegagalan Buah Pinggang seperti yang dinyatakan dibawah, Syarikat akan membiayai Bayaran Munasabah dan Biasa 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 Faedah.

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.

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

PERBELANJAAN PENGEBUMIAN

Faedah ini dibayar sebagai pembiayaan apabila Orang yang Diinsuranskan meninggal dunia akibat kecederaan yang berpunca daripada kemalangan yang berlaku semasa polisi berkuatkuasa.

ELAUN KHAS PENCURIAN SECARA RAGUT

Elaun ini akan dibayar jika Orang Yang Diinsuranskan memerlukan rawatan kecemasan pesakit luar untuk kecederaan yang berlaku akibat menjadi mangsa pencurian secara ragut. Faedah ini akan dibiayai hanya jika bayaran untuk kos Rawatan Kecemasan Pesakit Luar dituntut sama. Laporan polis untuk kes pencurian ragut tersebut hendaklah dikepikan sama sebagai penyokong tuntutan tersebut. Bayaran maksima elaun ini tidak boleh melebihi jumlah maksima yang dinyatakan di dalam Jadual Faedah.

RAWATAN PERUBATAN TRADISIONAL

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa untuk rawatan pesakit luar yang Perlu Dari Segi Perubatan yang disebabkan kemalangan, oleh doktor perubatan tradisional beriktiraf sehingga kadar maksima yang dinyatakan di dalam Jadual Faedah dan hanya akan dibayar jika Orang Yang Diinsuranskan mendapat rawatan dalam tempoh dua puluh empat (24) jam selepas kemalangan tersebut. Pembiayaan kos rawatan ini adalah termasuk di dalam jumlah pembiayaan yang dibayar untuk Rawatan Kemalangan dan kecemasan Pesakit Luar.

DEFINISI

1. **KEMALANGAN** adalah bermaksud kejadian yang berlaku secara tiba-tiba, tidak disengajakan, tidak dijangka, luar biasa, dan yang tertentu pada masa di tempat pasti, yang hendaklah, tanpa bergantung kepada sebab yang lain, menjadi satu-satunya kecederaan anggota badan.
2. **SEBARANG KEHILANGAN UPAYA** adalah bermaksud semua tempoh kehilangan upaya yang terjadi daripada sebab yang sama termasuk mana-mana dan semua komplikasinya kecuali jika Orang Yang Diinsuranskan pulih sepenuhnya dan tidak perlu menjalani rawatan lanjut (termasuk dadah, ubat, diet khas atau suntikan atau nasihat tentang keadaannya) bagi kehilangan upaya itu selama sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari selepas tarikh keluar dari hospital yang terakhir dan kehilangan upaya berikutnya yang berpunca daripada sebab yang sama hendaklah dianggap sebagai kehilangan upaya yang baru.
3. **SEPERTI YANG DICAJ** merujuk kepada bayaran sebenar yang dikenakan untuk rawatan perubatan yang munasabah, perlu dan biasa dalam merawat kehilangan upaya yang dilindungi.
4. **ANAK** adalah bermaksud seseorang yang telah mencapai umur lima belas (15) hari dan tidak berkahwin, yang bergantung dari segi kewangan pada Orang Yang Diinsuranskan dan berumur kurang daripada sembilan belas (19) tahun atau hingga dua puluh tiga (23) tahun bagi mereka yang didaftarkan sebagai pelajar sepenuh masa di institusi pengajian yang diiktiraf.
5. **PENYAKIT KONGENITAL** adalah bermaksud sebarang ketidaknormalan perubatan atau fizikal yang wujud sejak lahir, dan juga ketidaknormalan fizikal neonatal yang berkembang dalam tempoh enam (6) bulan dari tarikh kelahiran. Ini termasuk semua jenis hernia dan epilepsy kecuali disebabkan oleh trauma yang berlaku selepas tarikh Orang Yang Diinsuranskan dilindungi secara berterusan di bawah Polisi ini.
6. **DOKTOR GIGI** adalah bermaksud orang yang berlesen atau berdaftar untuk memberi rawatan pergigian dalam kawasan geografi di mana perkhidmat disediakan, tetapi doktor gigi tersebut tidak merupakan orang yang diinsuranskan itu sendiri.
7. **TANGGUNGAN** adalah bermaksud mana-mana orang yang berikut:-
 - a) Suami/isteri yang berkahwin secara sah
 - b) Anak yang belum berkahwin yang umurnya melebihi lima belas (15) 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.
8. **PEMBEDAHAN HARIAN** adalah bermaksud prosedur pembedahan yang dirancang terlebih dahulu di hospital/klinik pakar (tetapi bukan untuk bermalam) oleh Pesakit yang perlu menggunakan kemudahan bagi tujuan pemulihan.
9. **KEHILANGAN HARIAN** adalah bermaksud Sakit, Wabak, Penyakit atau semua Kecederaan yang timbul daripada satu atau beberapa sebab yang berterusan.
10. **DOKTOR atau PAKAR PERUBATAN atau PAKAR BEDAH** adalah bermaksud pengamal perubatan yang berdaftar dan berlesen bagi yang mengamalkan perubatan barat dan semasa memberikan rawatan itu, ia mengamalkan mengikut skop pelesenan dan latihannya di kawasan geografi di mana profesion tersebut diamalkan, tetapi doktor, pakar perubatan atau pakar bedah tersebut tidak merupakan orang yang diinsuranskan itu sendiri.
11. **BELANJA LAYAK** adalah bermaksud belanja yang Perlu Dari Segi Perubatan yang ditanggung disebabkan oleh Kehilangan upaya yang dilindungi tetapi tidak melebihi had di dalam Jadual Faedah.
12. **HOSPITAL** adalah bermaksud hanya pertubuhan yang ditubuhkan dan didaftarkan sewajarnya dikategorikan sebagai hospital untuk jagaan dan rawatan orang yang sakit dan cedera sebagai pesakit yang menduduki katil berbayar, dan yang:-
 - a) mempunyai kemudahan untuk diagnosis dan pembedahan utama,
 - b) menyediakan perkhidmatan jagaan dua puluh empat (24) jam sehari oleh jururawat berdaftar dan siswazah,
 - c) di bawah penyeliaan Pakar perubatan, dan
 - d) bukan klinik; tempat untuk orang ketagih alkohol dan dadah; pusat jagaan atau rumah pemulihan atau rumah orang tua atau pertubuhan yang serupa.
13. **PENGHOSPITALAN** adalah bermaksud memasukkan Hospital sebagai pesakit dalam yang berdaftar, untuk rawatan yang Perlu Dari Segi perubatan bagi Kehilangan Upaya yang dilindungi apabila dinasihatkan oleh pakar perubatan. Pesakit tersebut tidak dianggap sebagai pesakit dalam jika pesakit tidak menginap di hospital secara fizikal sepanjang tempoh dimasukkan hospital.

14. **UNIT RAWATAN RAPI** adalah bermaksud bahagian Hospital yang dikhaskan sebagai Unit Rawatan Rapi oleh Hospital, dan diselenggara dua puluh empat (24) jam serta dilengkapi perkhidmatan penjagaan dan perubatan khas yang tidak disediakan di bahagian lain Hospital bagi rawatan pesakit yang berkeadaan kritikal.
15. **KECEDERAAN** adalah bermaksud kecederaan anggota badan yang hanya disebabkan oleh Kemalangan.
16. **ORANG YANG DIINSURANSKAN** adalah bermaksud orang yang dinyatakan dalam Jadual Polisi termasuk Tanggungannya (jika Berkenaan).
17. **HOSPITAL KERAJAAN MALAYSIA** adalah bermaksud hospital yang bayaran perkhidmatannya tertakluk kepada Akta Fi 1951, Perintah Fi (Perubatan) 1982 dan/atau pindaan berikutnya jika ada.
18. **PERLU DARI SEGI PERUBATAN** adalah bermaksud khidmat perubatan yang:-
 - a) selaras dengan diagnosis dari rawatan perubatan biasa bagi Kehilangan Upaya yang dilindungi, dan
 - b) menurut piawaian amalan perubatan yang baik, selaras dengan piawaian semasa bagi rawatan perubatan profesional, dan berserta dengan faedah kesihatan yang sah, dan
 - c) bukan untuk kemudahan Orang Yang Diinsuranskan atau Pakar Perubatan, dan tidak diperolehi di luar hospital (jika dimasukkan ke wad sebagai pesakit dalam), dan
 - d) bukan berbentuk eksperimen, penyelidikan atau kajian, pencegahan atau penyarangan, dan
 - e) yang bayarannya berpatutan, munasabah dan biasa bagi Kehilangan Upaya itu.
19. **PESAKIT LUAR** adalah bermaksud Orang Yang Diinsuranskan yang menerima penjagaan atau rawatan perubatan tanpa dimasukkan ke hospital dan termasuk rawatan di pusat Rawatan Harian.
20. **BILIK PEMBEDAHAN**
Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk Bilik Pembedahan yang berkaitan dengan prosedur pembedahan.
21. **PEMEGANG POLISI** adalah bermaksud seseorang atau syarikat yang memohon perlindungan polisi bagi melindungi orang yang disenaraikan secara khusus sebagai Orang Yang Diinsuranskan dalam Polisi ini.
22. **TAHUN POLISI** adalah bermaksud tempoh satu (1) tahun, termasuk tarikh mula berkuat kuasanya Insurans dan tarikh berikutnya, atau tempoh satu tahun selepas pembaharuan atau Polisi diperbaharui.
23. **PENYAKIT SEDIA ADA** adalah bermaksud kehilangan upaya yang diketahui sewajarnya oleh Orang Yang Diinsuranskan. Orang Yang Diinsuranskan dianggap mengetahui sewajarnya keadaan sedia ada itu apabila:-
 - a) Orang Yang Diinsuranskan telah atau sedang menerima rawatan;
 - b) nasihat perubatan, diagnosis, jagaan atau rawatan yang telah dicadangkan;
 - c) gejala yang jelas dan tepat, dapat atau telah dilihat dengan nyata; atau
 - d) kewujudannya dapat diperhatikan dengan jelas bagi orang yang mengalami keadaan itu.
24. **UBAT YANG DIPRESKRIPSIKAN** adalah bermaksud ubat yang diberikan oleh Pakar Perubatan, Ahli Farmasi Berdaftar atau Hospital dan yang dipreskripsikan oleh Pakar Perubatan atau Pakar bagi rawatan Kehilangan Upaya yang dilindungi.
25. **BAYARAN MUNASABAH DAN BIASA** adalah bermaksud bayaran rawatan perubatan, yang dianggap munasabah dan biasa, selagi bayaran itu tidak melebihi had biasa bayaran yang dibuat oleh pihak lain yang sama kedudukannya di Malaysia apabila memberikan rawatan, khidmat atau bekalan seumpamanya atau yang serupa kepada individu dengan jantungina yang sama dan kategori umur yang sama untuk sakit, penyakit atau kecederaan serta selaras dengan piawaian dan amalan perubatan yang diterima dan tidak boleh diabaikan tanpa menjejaskan keadaan perubatan Orang Yang Diinsuranskan.
26. **PEMBAHARUAN ATAU POLISI YANG DIPERBAHARUI** adalah bermaksud Polisi yang telah diperbaharui tanpa melepasi tempoh luput setelah Polisi sebelumnya tamat tempoh serta tempoh serta mempunyai isi kandungan yang sama.
27. **SAKIT, WABAK ATAU PENYAKIT** adalah bermaksud keadaan fizikal yang ditunjukkan dari segi patologi yang berbeza daripada keadaan kesihatan yang normal.
28. **PAKAR** adalah bermaksud perubatan atau pergigian yang berdaftar dan berlesen sewajarnya di kawasan geografi yang perkhidmatan tersebut diberikan dan diklasifikasikan oleh pihak berkuasa yang berkenaan sebagai orang yang mempunyai kepakaran yang khusus dalam bidang perubatan atau pergigian, tetapi pakar perubatan atau pakar bedah tersebut tidak merupakan orang yang diinsuranskan itu sendiri.
29. **PENYAKIT-PENYAKIT KHUSUS** adalah bermaksud ketidakupayaan berikut ataupun keadaan berkaitan yang berlaku dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama Insurans bagi Orang Yang Diinsuranskan:
 - a) Hipertensi, diabetes mellitus dan penyakit kardiovaskular;
 - b) Semua tumor, kanser, sista nodul, polip, batu dalam system kencing dan system biliari;
 - c) Semua penyakit telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak;
 - d) Hernia, hemoroid, fistula, hidrosele, varikosele;
 - e) Endometriosis termasuk penyakit system pembiakan;
 - f) Gangguan spina bertebro (termasuk diska) dan penyakit lutut.

30. **PEMBEDAHAN** adalah bermaksud mana-mana prosedur perubahan yang berikut:-

- a) Untuk menginsisi, mengeksisi atau mengelektrokauteri mana-mana bahagian organ atau badan kecuali untuk perkhidmatan pergigian.
- b) Untuk memperbaiki, 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.

PERUNTUKAN-PERUNTUKAN AM

1. **ORANG YANG LAYAK**

Orang yang layak dilindungi di bawah Polisi ini adalah:-

- a) Pemegang Polisi berumur di bawah tujuh puluh (70) tahun;
- b) Suami/Isteri Pemegang Polisi yang sah, yang berumur di bawah tujuh puluh (70) tahun, melainkan jika suami/isteri tersebut telah berpisah secara sah dengan Pemegang Polisi, dan
- c) Anak Pemegang Polisi yang telah mencapai umur lima belas (15) hari dan tidak berkahwin, yang masih bergantung dari segi kewangan pada Orang Yang Diinsuranskan dan berumur kurang daripada sembilan belas (19) tahun, atau sehingga umur dua puluh tiga (23) bagi mereka yang didaftarkan sebagai pelajar sepenuh masa di institusi pengajian yang diiktiraf.

2. **TEMPOH PERLINDUNGAN DAN PEMBAHARUAN**

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

Polisi ini boleh diperbaharui mengikut pilihan Syarikat. Permohonan mengubah faedah kepada pelan yang lebih tinggi hanya boleh dibuat pada masa memperbaharui polisi dan tertakluk kepada persetujuan Syarikat pada masa pembaharuan.

Polisi ini boleh diperbaharui mengikut pilihan pemegang polisi sehingga berlakunya mana-mana yang berikut:

- a) Premium tidak dibayar atau premium tidak dibayar mengikut masa yang ditetapkan
- b) Penipuan atau salah menyatakan fakta penting semasa membuat permohonan
- c) Polisi dibatalkan atas permintaan pemegang polisi
- d) Jumlah tuntutan polisi mencapai had seumur hidup yang ditetapkan dan/atau berlakunya kematian Orang yang Diinsuranskan
- e) Orang yang Diinsuranskan tidak lagi layak menjadi tanggungan berdasarkan definisi polisi
- f) Orang yang Diinsuranskan mencapai had umur perlindungan yang ditetapkan
- g) Penamatan perlindungan semua polisi dalam pasaran dan Syarikat menarik balik polisi ini sepenuhnya dari pasaran menurut Syarat Penarikan Balik Portfolio.

Syarikat akan memberi Pemegang Polisi notis bertulis selama tiga puluh (30) hari sekiranya berlaku penyemakan semula premium atau penarikan balik portfolio.

3. **WILAYAH PASARAN GEOGRAFI**

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

4. **PEMEGANG POLISI BERIKUTNYA**

- a) Sekiranya berlaku kematian Pemegang Polisi semasa Polisi ini berkuat kuasa, suami/isteri Pemegang Polisi yang sah hendaklah secara automatik menjadi Pemegang Polisi dan semua rujukan dalam Polisi ini yang merujuk kepada Pemegang Polisi akan merujuk kepada suami/isteri berkenaan.
- b) Apabila Orang Yang Diinsuranskan tidak lagi menjadi anak tanggungan, Orang Yang Diinsuranskan itu boleh terus memperbaharui polisi dengan menggunakan namanya sendiri sebagai pemegang polisi dan semua rujukan dalam Polisi ini akan merujuk kepada Orang Yang Diinsuranskan tersebut sebagai Pemegang Polisi.

PENGECUALIAN

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

1. Penyakit sedia ada.
2. Keadaan perubatan atau fizikal yang berlaku dalam tempoh tiga puluh (30) hari pertama perlindungan atau tarikh pengembalian semula bagi Orang Yang Diinsuranskan, mengikut mana-mana yang terakhir kecuali untuk kecederaan akibat kemalangan.
3. 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 kerjanya yang dilindungi di bawah Kontrak Insurans Pampasan Pekerja.
4. Pembedahan plastik/kosmetik, berkhatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan rawatan rabun dekat melalui pembiasan atau pembedahan (Keratotomi Radial atau Lasik) dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik seperti anggota palsu, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.
5. Penyakit pergigian termasuk rawatan pergigian atau pembedahan mulut 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 dari segi undang-undang, 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. Rawatan atau pembedahan untuk ketidaknormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.
8. Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, menggugurkan kandungan dan jagaan serta pembedahan prenatal atau postnatum, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketidaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pensterilan.
9. Psikitik, gangguan mental atau gangguan perasaan (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).
10. Penghospitalan terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis, pemeriksaan sinar-x, pemeriksaan fizikal atau perubatan am, yang tidak berkaitan dengan rawatan 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.
11. Kos/perbelanjaan bagi perkhidmatan yang bersifat bukan perubatan, seperti televisyen, telefon, perkhidmatan teleks, radio atau kemudahan yang serupa, kit/pek kemasukan dan barang bukan perubatan lain yang tidak layak dibayar.
12. Penyakit atau kecederaan yang timbul daripada apa-apa jenis aktiviti 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 dari segi undang-undang.
13. Bunuh diri, percubaan membunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.
14. Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.
15. Perang atau apa-apa tindakan perang, yang diisytiharkan atau yang tidak diisytiharkan, aktiviti jenayah atau pengganas, bergiat cergas dalam mana-mana angkatan bersenjata, penyertaan secara langsung dalam aktiviti bermogok, rusuhan dan kekecohan awam atau penderhakaan tentera.
16. 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.
17. Perbelanjaan 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.
18. Perbelanjaan yang ditanggung untuk bertukar jantina.
19. Penyiasatan dan rawatan gangguan tidur dan berdengkur, terapi penggantian hormon dan terapi alternatif lain seperti rawatan, perkhidmatan atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada perkhidmatan kiropraktik, akupunktur, adutekanan, refleksologi, pengikatan tulang, rawatan pakar herba, urut atau terapi aroma atau rawatan alternatif yang lain.

SYARAT-SYARAT AM

1. PINDAAN

Sebagai pindaan kepada Polisi ini adalah tidak sah melainkan jika Diluluskan oleh kedua-dua pihak diantara Syarikat dan Pemegang Polisi, dan kelulusan itu diendorskannya

2. TIMBANG TARA

Semua perbezaan yang timbul di dalam Polisi ini hendaklah dirujuk kepada Penimbang Tara yang hendaklah dilantik secara bertulis oleh pihak yang berkenaan. Jika pihak berkenaan tidak Berjaya mencapai persetujuan berkenaan perlantikkan Penimbang Tara dari masa satu (1) daripada tempoh permintaan tersebut, maka kedua-dua pihak layak melantik Penimbang Tara masing-masing untuk mempertimbangkan perbezaan itu bersama-sama dengan Pengadil yang telah dilantik oleh kedua-dua Penimbang Tara tersebut. Walau bagaimanapun, dengan syarat segala penafian liabiliti oleh Syarikat bagi mana-mana tuntutan di bawah ini hendaklah dirujuk kepada Penimbang Tara dalam tempoh dua belas (12) bulan kalender dari tarikh penafian tersebut.

3. PEMBATALAN

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

Tempoh Tidak Melebihi	Bayaran Balik Premium Tahunan
15 hari	90% (hanya terpakai untuk Pembaharuan polisi)
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 pulangan

4. BAYARAN SEBELUM PERLINDUNGAN

Adalah menjadi syarat khas asas dan mutlak kontrak insurans ini bahawa premium yang perlu dibayar mestilah dibayar dan diterima oleh Syarikat sebelum perlindungan insurans berkuat kuasa.

5. PERAKUAN, MAKLUMAT DAN BUKTI

Semua sijil, maklumat, laporan dan bukti perubatan seperti yang dikehendaki oleh Syarikat hendaklah dilengkapi dan dibayar oleh Orang Yang Diinsuranskan, dan diserahkan dalam bentuk yang dikehendaki oleh Syarikat. Semua notis yang dikehendaki oleh Syarikat hendaklah secara bertulis dan dialamatkan kepada Syarikat oleh Pemegang Polisi. Apabila diperlukan, Orang Yang Diinsuranskan hendaklah menjalani pemeriksaan perubatan atas permintaan Syarikat, dan segala perbelanjaan adalah ditanggung oleh syarikat.

6. PERUBAHAN DALAM RISIKO

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

7. PROSEDUR TUNTUTAN

a. Orang Yang Diinsuranskan hendaklah dalam tempoh tiga puluh (30) hari Kehilangan Upaya yang melibatkan perbelanjaan boleh dituntut, memberikan notis bertulis kepada Syarikat dengan menyatakan butiran lengkap kejadian tersebut, termasuk mengemukakan semua bil dan resit asal, serta laporan lengkap Pakar Perubatan yang menyatakan diagnosis keadaan yang dirawat dan tarikh Kehilangan 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 ditetapkan tidak akan membatalkan mana-mana tuntutan jika dibuktikan bahawa adalah tidak munasabah untuk memberikan notis itu dalam tempoh tersebut dan notis itu telah diberikan secepat mungkin.

b. Orang Yang Diinsuranskan hendaklah mendapatkan dan bertindak berdasarkan nasihat perubatan yang sewajarnya dan Syarikat tidak akan bertanggungjawab, sekiranya sebarang rawatan atau perkhidmatan yang diperlukan gagal dilakukan sedemikian oleh Orang Yang Diinsuranskan.

8. TEMPOH PENDINGINAN

Jika Polisi ini telah dikeluarkan dan Orang Yang Diinsuranskan membuat keputusan untuk tidak mengambil Polisi itu atas apa-apa alasan, Orang Yang Diinsuranskan itu boleh mengembalikan Polisi itu kepada Syarikat untuk pembatalan dengan syarat permohonan untuk pembatalan diserahkan oleh Orang Yang Diinsuranskan kepada Syarikat dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh penyerahan Polisi. Orang Yang Diinsuranskan itu layak menerima pulangan penuh premium yang telah dibayar tolak belanja perubatan yang ditanggung oleh Syarikat untuk mengeluarkan Polisi tersebut.

9. PRASYARAT LIABILITI

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

10. SUMBANGAN

Jika Orang Yang Diinsuranskan mempunyai insurans lain yang melindungi mana-mana penyakit atau kecederaan yang diinsuranskan oleh Polisi ini, Syarikat tidak akan bertanggungjawab membayar jumlah yang lebih besar bagi penyakit atau kecederaan itu daripada jumlah yang dibiayai oleh kesemua insurans yang melindungi penyakit atau kecederaan itu.

11. POLISI PENGUBAHAN

Jika Faedah Layak Diterima yang disediakan di bawah Polisi ini telah diubah daripada perlindungan Had Sedia Ada kepada perlindungan Pembayaran Balik seperti yang dicaj, dan jika Orang yang Diinsuranskan itu mengalami Kehilangan Upaya sebelum atau pada masa Faedah diubah, faedah yang dibayar bagi Kehilangan Upaya itu mestilah selaras dengan Jadual Faedah sebelum tarikh Faedah Layak Diterima telah diubah.

12. KADAR PERTUKARAN MATA WANG

Sekiranya berlaku penghospitalan di luar Malaysia, bil yang diserahkan dalam mata wang selain dari Ringgit Malaysia pada kadar sebut harga pertukaran mata wang (kadar pasaran terbuka, jika pasaran bebas, kadar rasmi jika bukan pasaran bebas) yang berkuat kuasa pada tarikh keluar hospital bagi Orang Yang Diinsuranskan.

13. 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 dibayar dalam mata wang lain, maka jumlah tersebut hendaklah dibayar dalam mata wang yang diminta seperti yang dibeli di Malaysia pada kadar pasaran mata wang semasa pada tarikh penyelesaian tuntutan.

14. UNDANG-UNDANG YANG MENGAWAL POLISI

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

15. TEMPOH PENANGGUHAN BAYARAN

Walaupun adanya syarat Bayaran Sebelum Perlindungan di dalam perjanjian polisi ini, namun selepas tahun pertama polisi, Tempoh Penangguhan Bayaran selama tiga puluh (30) hari dari tarikh penamatan polisi untuk pembayaran premium oleh sebelum Tempoh penangguhan Bayaran tamat, Polisi dan mana-mana kontrak tambahan yang berkaitan akan dianggap batal pada tarikh penamatan Polisi tersebut. Walaupun premium telah dibayar semasa Tempoh Penangguhan Bayaran, sekiranya berlaku apa-apa Kehilangan Upaya antara tarikh penamatan polisi sehingga tarikh bayaran, kos perubatan tersebut tidak akan ditanggung.

16. TUNTUTAN TIDAK LENGKAP

Semua tuntutan hendaklah diserahkan kepada Syarikat dalam tempoh masa tiga puluh (30) hari setelah segala perkara yang berkaitan tuntutan diselesaikan. Tuntutan dianggap tidak lengkap dan Faedah Layak Diterima tidak akan dibayar kecuali semua bil untuk tuntutan itu telah diserahkan dan dipersetujui oleh Syarikat. Hanya kos sebenar yang dikenakan akan dipertimbangkan untuk pembayaran balik. Segala perbezaan atau penepian bagi perkara di atas adalah mengikut budi bicara Syarikat sahaja.

17. PROSIDING UNDANG-UNDANG

Tindakan undang-undang atau ekuiti tidak boleh dibawa ke mahkamah untuk mendapatkan semula ganti rugi Polisi ini sebelum tamat tempoh enam puluh (60) hari selepas bukti bertulis tentang kerugian diberikan seperti yang telah ditetapkan di dalam Polisi ini. Jika Orang Yang Diinsuranskan gagal memberikan bukti kerugian yang diperlukan seperti yang dinyatakan oleh terma, peruntukan dan syarat Polisi, maka Orang Yang Diinsuranskan boleh, dalam tempoh ihsan bagi satu (1) tahun kalender 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 mengikut budi bicara Syarikat sahaja dan sepenuhnya. Selepas tempoh ihsan itu tamat, Syarikat tidak akan menerima bukti bertulis tentang kerugian itu, walau dengan sebarang alasan sekalipun.

18. KLAUSA RAWATAN TEMPATAN

Walaupun apa-apa yang terkandung bertentangan di dalam perjanjian polisi ini, jika Orang Yang Diinsuranskan bukan warganegara Malaysia, perlindungan kos rawatan yang dibiayai akan dihadkan kepada rawatan di dalam Malaysia sahaja.

19. SALAH NYATAAN / PENIPUAN

Jika cadangan atau permohonan Orang Yang Diinsuranskan didapati tidak benar dari apa-apa segi atau jika fakta penting yang mempengaruhi risiko tidak dinyatakan dengan betul di dalamnya atau dikeluarkan daripadanya, atau jika insurans ini, dan mana-mana pembaharuan padanya haruslah diperolehi melalui silap nyata, salah nyataan atau tuntutan dibuat secara menipu atau ditokok tambah, atau terdapat pengisytiharan atau pernyataan palsu dibuat untuk menyokongnya, maka dengan itu di dalam mana-mana kes tersebut, Polisi ini adalah terbatal.

20. SILAP NYATA UMUR

Jika umur Orang Yang Diinsuranskan telah tersilap dinyatakan 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. Premium yang mungkin telah dibayar secara berlebihan 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 faedah akan dibayar.

21. NOTIS

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

22. RAWATAN LUAR NEGARA

Jika Orang Yang Diinsuranskan ingin mendapatkan Rawatan Luar Negara, faedah berkaitan rawatan tersebut hendaklah tertakluk kepada pengecualian, had dan syarat yang ditetapkan dalam Polisi ini dan semua faedah akan dibayar berdasarkan keputusan kadar pertukaran mata wang rasmi pada hari terakhir Tempoh Penghospitalan, dengan syarat:

- a) Orang Yang Diinsuranskan yang pergi ke luar Negara atas sebab selain daripada mendapatkan rawatan perubatan, perlu dimasukkan ke Hospital di luar Malaysia kerana Kecemasan Perubatan
- b) Orang Yang Diinsuranskan, atas nasihat Pakar Perubatan, perlu dipindahkan ke Hospital di luar Malaysia kerana rawatan, bantuan, maklumat atau keputusan yang dikehendaki tidak boleh diberikan atau disediakan atau dilakukan di Malaysia.

Rawatan Luar Negara bagi penyakit, sakit atau kecederaan yang didiagnos di Malaysia dan dalam keadaan yang bukan kecemasan atau kronik, yang rawatannya boleh ditangguhkan sewajarnya sehingga pulang ke Malaysia adalah dikecualikan. Kos pengangkutan ke tempat rawatan adalah dikecualikan dari faedah yang dikenakan.

23. PEMILIKAN POLISI

Melainkan jika diperuntukan sebaliknya secara nyata melalui Endorsemen di 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 di dalam Polisi, dan penerimaan Polisi atau Faedah oleh Pemegang Polisi (atau oleh wakilnya yang sah atau yang telah diberi kuasa) sahaja adalah merupakan pelepasan efektif bagi semua obligasi dan liabiliti Syarikat. Pemegang Polisi hendaklah dianggap sebagai principal atau Ejen yang bertanggungjawab bagi Orang Yang Diinsuranskan yang dilindungi di bawah Polisi ini.

24. SYARAT PENARIKAN BALIK PORTFOLIO

Syarikat berhak membatalkan portfolio secara keseluruhan jika ia memutuskan untuk menghentikan jaminan pembiayaan bagi 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 di dalam portfolio.

25. TINGGAL DI LUAR NEGARA

Tiada faedah 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 melebihi daripada sembilan puluh (90) hari berturut-turut.

26. SUBROGASI

Jika Syarikat bertanggungjawab untuk membuat sebarang 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 bagi pihak Orang Yang Diinsuranskan. Orang Yang Diinsuranskan hendaklah memberikan atau mengarahkan semua bantuan seumpamanya yang di bawah kuasanya kepada Syarikat 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 bagi pihak Orang Yang Diinsuranskan.

27. PENGAMBILALIHAN POLISI

Jika polisi ini bermula sebaik sahaja selepas penamatan polisi terdahulu dan jika Orang Yang Diinsuranskan mengalami Kehilangan Upaya perubatan sebelum atau pada masa polisi ini bermula (dan faedah di bawah polisi terdahulu disediakan untuknya); Orang Yang Diinsuranskan itu hendaklah terus dilindungi bagi Kehilangan Upaya sedia ada, tetapi tidak melebihi had polisi terdahulu dengan syarat Syarikat telah memperoleh satu salinan polisi terdahulu.

28. PENAMATAN ORANG YANG DIINSURANSKAN DAN LIABILITI SYARIKAT

Orang Yang Diinsuranskan hendaklah berhenti menjadi Orang Yang Diinsuranskan pada:-

- a) Pencapaian hari jadi yang ketujuh puluh (70) dan bagi kanak-kanak, pada pencapaian hari jadi yang kesembilan belas (19), atau hari jadi yang kedua puluh empat (24) jika menuntut sepenuh masa di institusi pelajaran tempatan.
- b) Tarikh penamatan Polisi atau tarikh penamatan perlindungan mana-mana orang.

Walau bagaimanapun, liabiliti Syarikat hendaklah tamat pada tarikh penamatan polisi atau tarikh penamatan perlindungan mana-mana orang.

29. POLISI DITINGKATKAN

Jika Faedah 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 Kehilangan Upaya sebelum atau pada masa Faedah ditambah, maka Had Manfaat yang dibayar bagi Kehilangan Upaya itu hendaklah tidak boleh melebihi Had Manfaat sebelum tarikh Faedah itu ditingkatkan.

30. BAYARAN BERSAMA BILIK DAN MAKAN DINAIKAN

Jika Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital pada kadar Bilik & Makan yang dinyatakan yang melebihi tinggi daripada faedah yang sepatutnya, Orang Yang Diinsuranskan hendaklah menanggung 20% daripada faedah lain yang dia layak seperti yang dinyatakan di dalam Jadual Faedah.

31. TEMPOH PENANGGUHAN

Kelayakan menerima faedah bermula tiga puluh (30) hari selepas Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke dalam Polisi, kecuali untuk Kemalangan yang dilindungi dan berlaku selepas tarikh berkuat kuasanya perlindungan.

32. SANKSI HAD FASAL PENGECUALIAN

Tidak ada syarikat insurans hendaklah disifatkan untuk memberi perlindungan dan tidak ada syarikat insurans akan bertanggungjawab untuk membayar apa-apa tuntutan atau memberikan apa-apa manfaat dibawah ini kepada tahap di mana penyediaan perlindungan itu, pembayaran tuntutan atau peruntukan manfaat seperti itu akan mendedahkan syarikat insurans itu untuk apa-apa sekatan, larangan atau sekatan di bawah resolusi Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu atau perdagangan atau undang-undang sekatan ekonomi atau peraturan Kesatuan Eropah, United Kingdom atau Amerika Syarikat.

33. FASAL PENGECUALIAN PENYAKIT BERJANGKIT SEMASA PHEIC (LMA5500 13 MAY 2020)

1. Insurans ini tidak melindungi tuntutan dalam apa jua cara yang disebabkan oleh atau akibat daripada penyakit berjangkit, yang wabaknya telah diisytiharkan sebagai Kecemasan Kesihatan Awam Kebimbangan Antarabangsa (PHEIC) oleh Pertubuhan Kesihatan Dunia (WHO).
2. Pengecualian ini hendaklah terpakai kepada tuntutan yang dibuat selepas tarikh apa-apa pengisytiharan, selain daripada diagnosis yang berkaitan telah dibuat oleh pengamal perubatan bertauliah sebelum tarikh pengisytiharan tersebut.
3. Pengecualian ini akan terus digunakan sehingga WHO membatalkan atau menarik balik mana-mana PHEIC yang berkaitan.
4. Penyakit berjangkit atau menular bermaksud sebarang penyakit yang boleh berjangkit daripada seseorang, haiwan atau spesies yang dijangkiti kepada seseorang, haiwan atau spesies lain melalui apa-apa cara.