

FOREIGN WORKER HOSPITALIZATION AND SURGICAL SCHEME (FWHS)

WHEREAS the Policyholder/Insured Person by an application and declaration which shall be the basis of this contract and is deemed to be incorporated herein has applied to Zurich General Insurance Malaysia Berhad (201701035345) (hereinafter called "the Company") for the coverage contained in this Policy and has paid the premium stated in the Policy Schedule as consideration for such coverage for the period stated therein.

NOW THIS POLICY WITNESSETH that if during the Period of Insurance, any sickness, disease illness or accidental injury necessitates the Insured Person to be confined to a Malaysian Government Hospital for treatment, the Company will subject to the terms, provisos, exclusions and conditions of and endorsed on this Policy, pay to the Insured / Insured Person or his legal personal representatives the sum or sums stated in the Schedule of Benefits. Provided always that this Policy shall become effective as of the date stated in the Policy Schedule. This Policy shall be issued for one year and at the end of each Period of Insurance may be renewed for another year subject to the consent of the Company.

Consumer Insurance Contract

This Policy is issued in consideration of the payment of premium as specified in the Policy Schedule and pursuant to the answers given in your Proposal Form (or when you applied for this Insurance) and any other disclosures made by you between the time of submission of your Proposal Form (or when you applied for this Insurance) and the time this contract is entered into. The answers and any other disclosures given by you shall form part of this contract of Insurance between you and us. However, in the event of any pre-contractual misrepresentation made in relation to your answers or in any disclosures given by you, only the remedies in Schedule 9 of the Financial Services Act 2013 will apply. This Policy reflects the terms and conditions of the contract of Insurance as agreed between you and us.

Non-Consumer Insurance Contract

This Policy is issued in consideration of the payment of premium as specified in the Policy Schedule and pursuant to the answers given in your Proposal Form (or when you applied for this Insurance) and any other disclosures made by you between the time of submission of your Proposal Form (or when you applied for this Insurance) and the time this contract is entered into. The answers and any other disclosures given by you shall form part of this contract of Insurance between you and us. In the event of any pre-contractual misrepresentation made in relation to your answers or in any disclosures made by you, it may result in avoidance of your contract of Insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your contract of Insurance. This Policy reflects the terms and conditions of the contract of Insurance as agreed between you and us.

DEFINITIONS:

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

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

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

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 Person was continuously covered under this Policy.

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

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

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

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

ELIGIBLE PERSON shall mean the present and future full-time foreign worker employees of the Policyholders who are between eighteen (18) to sixty (60) years of age and who are bona fide holders of valid work permits/Pas Lawatan Kerja Sementara issued by the relevant Malaysian government authority.

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

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

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

INJURY shall mean bodily injury caused solely by accident.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SURGERY shall mean any of the following medical procedures:

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

TAX shall mean any present or future, direct or indirect, tax, levy or duty, including consumption tax or any tax of similar nature, which is imposed on goods and services by government or tax authority.

DESCRIPTIONS OF BENEFITS

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

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

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

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

Hospital Supplies and Services

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

Operating Theatre

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

Surgical Fees

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

Anaesthetist Fees

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

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

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

In-Hospital Specialist Consultation Visits (Maximum up to thirty (30) days) Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for the consultation by a legally licensed and qualified Medical Specialist, which is recommended by a Physician because of illness or injury while confined in hospital. The total amount payable shall not exceed the maximum specified in the Schedule of Benefits for Any One Disability.

Ambulance Fees/Medical Reports Fees

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

SPECIAL PROVISIONS

PERSON ELIGIBLE

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

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

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

PERIOD OF COVER AND RENEWAL

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

GEOGRAPHICAL TERRITORY

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

LIMITATION OF BENEFITS

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

EXCLUSIONS

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

1. Pre-existing illness. However, this exclusion is waived in the event the Insured Person passes the medical examination as confirmed by Fomema Sdn. Bhd. (FOMEMA) – within thirty (30) days from the Insured Person's arrival to Malaysia.
2. Specified Illnesses occurring during the first one hundred and twenty (120) days of continuous cover.
3. Plastic/Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness (Radial Keratotomy) and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof.
4. Dental conditions including dental treatment or oral surgery except as necessitated by Accidental Injuries to sound natural teeth occurring wholly during the Period of Insurance.
5. Private nursing, rest cures or sanatoria care, illegal drugs, intoxication, venereal disease and its sequelae, AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) or ARC (AIDS Related Complex) and HIV (Human Immunodeficiency Virus) related diseases, and any communicable diseases requiring quarantine by law.
6. Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions.
7. Pregnancy, child birth (including surgical delivery), miscarriage, abortion and prenatal or postnatal care and surgical, mechanical or chemical contraceptive methods of birth control or treatment pertaining to infertility. Erectile dysfunction and tests or treatment related to impotence or sterilization.
8. Hospitalization primarily for investigatory purposes, diagnosis, X-ray examination, general physical or medical examinations, not incidental to treatment or diagnosis of a covered Disability or any treatment which is not Medically Necessary and any preventive treatments, preventive medicines or examinations carried out by a Physician, and treatments specifically for weight reduction or gain.

9. Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while sane or insane.
10. War or any act of war, declared or undeclared, criminal or terrorist activities, active duty in any armed forces, direct participation in strikes, riots and civil commotion or insurrection.
11. Ionising radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any nuclear weapons material.
12. Expenses incurred for donation of any body organ by a Insured Person and costs of acquisition of the organ including all costs incurred by the donor during organ transplant and its complications.
13. Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical service or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bonesetting, herbalist treatment, massage or aromatherapy or other alternative treatment.
14. Care or treatment for which payment is not required or to the extent which is payable by any other coverage or indemnity covering the Insured Person and Disabilities arising out of duties of employment or profession that is covered under a Workman's Compensation Coverage Contract.
15. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
16. Costs/expenses of services of a non-medical nature, such as television, telephones, telex services, radios or similar facilities, admission kit/pack and other ineligible non-medical items.
17. Sickness or Injury arising from racing of any kind (except foot racing), hazardous sports such as but not limited to skydiving, water skiing, underwater activities requiring breathing apparatus, winter sports, professional sports and illegal activities.
18. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.
19. Expenses incurred for sex changes.

GENERAL CONDITIONS

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

NOTICE

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

CONDITION PRECEDENT TO LIABILITY

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

MISREPRESENTATION/FRAUD

If the proposal or declaration of the Insured is untrue in any respect or if any material fact affecting the risk be incorrectly stated herein or omitted therefrom, or if this coverage, 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.

INSURANCE PREMIUM

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

TAX PROVISION

All premium and fees payable under this Policy may be subject to Tax. If Tax is imposed, it will be stated in the invoice and the Company reserves the right to claim or collect the Tax from the Insured in addition to the premium and/or fees payable under this Policy.

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 invalid any claim if it is shown not to have been reasonably possible to furnish such notice and that such notice was furnished as soon as was reasonably possible.
- (b) The Insured Person shall immediately procure and act on proper medical advice and the Company shall not be held liable in the event a treatment or service becomes necessary due to failure of the Insured Person to do so.
- (c) Upon completion of submission of all relevant documents, the reimbursement of the claims shall be made within thirty (30) working days by the Company.

CANCELLATION

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

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

GOVERNING LAW

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

TERMINATION OF INDIVIDUAL COVERAGE

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

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

ALTERATIONS

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

MISSTATEMENT OR OMISSION OF MATERIAL FACT

If:

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

GRACE PERIOD

Notwithstanding the Cash before Cover condition, a Grace period of fourteen (14) days from its due date will be allowed for payment of each premium after the first Policy Year. During such fourteen (14) days, the Company shall remain liable there under if by the last of such days, the premium is actually paid.

If any premium is not paid in respect of this Policy Contract before the end of the Grace period, this Policy Contract shall be deemed as terminated at the expiry date of the Policy.

SANCTION

We shall not be deemed to provide coverage or will make any payments or provide any service or benefit to the Policyholder, You or other party to the extent that such cover, payment, service, benefit would violate any applicable trade or economic sanctions law or regulation.

PIDM STATEMENT

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

LANGUAGE

In the event of discrepancy, ambiguity and conflict in interpreting any term or condition, the English version shall prevail and supersede the Bahasa Malaysia version.

NOTICE UNDER PERSONAL DATA PROTECTION ACT 2010 (PDPA)

The Personal Data Protection Act 2010 which regulates the processing of personal data in commercial transactions, applies to Us. **You** may make inquiries, complaints, request for access, update, correct or change any of **Your** personal data, limit the processing of **Your** personal data and/or to opt-out of **Our** use at any time hereafter by submitting such request to **Us** by sending an email to callcentre@zurich.com.my. Requests for opt-out must state clearly the full name, identity document number, policy number, telephone number and address of the person making such request.

The processing of **Your** personal data is subject to **Our** Personal Data Protection Notice as published on <https://www.zurich.com.my/pdpa>.

SCHEDULE OF BENEFITS (ANY ONE DISABILITY)

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

IMPORTANT NOTE:

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

IMPORTANT

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

PROCEDURES FOR MAKING INSURANCE COMPLAINTS

We are committed to delivering the best customer experience. If you have any complaints or dissatisfactions with any of our products or services, we would like to hear from you. You can contact us at:

Zurich General Insurance Malaysia Berhad

Level 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia.

Tel: 03-2109 6000

Fax: 03-2109 6888

Call Centre: 1-300-888-622

E-mail: callcentre@zurich.com.my

Other Avenues to Seek Redress

If you are not satisfied with our final response or decision, you may write to Ombudsman for Financial Services (OFS) (formerly known as Financial Mediation Bureau) with details of the dispute and particulars of your policy.

If the OFS makes an award against us, you are required to inform the OFS of your decision to accept or deny the award within fourteen (14) days. If you do not accept the award, you may reject the decision of the OFS. you may choose to institute a court proceeding against us or refer it to Arbitration.

The OFS can be contacted through:

Ombudsman for Financial Services (OFS)

Level 14, Main Block, Menara Takaful Malaysia, No. 4, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur

Tel: 03-2272 2811

Fax: 03-2272 1577

Email: enquiry@ofs.org.my

Website: www.ofs.org.my

If your complaint does not fall within the purview of the OFS, you may refer your complaint to Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (LINK) of Bank Negara Malaysia (BNM) at the following address:

Write to:

Customer Service Centre (BNMLINK), Bank Negara Malaysia, P.O. Box 10922, 50929 Kuala Lumpur.

Tel: 1 300 88 5465

Fax: 03 2174 1515

Email: bnmlink@bnm.gov.my

Website: www.bnm.gov.my

Walk-in:

4th Floor, Podium Bangunan AICB, No. 10, Jalan Dato' Onn, 50480 Kuala Lumpur.

Zurich General Insurance Malaysia Berhad

Registration No. 201701035345 (1249516-V)

Level 23A, Mercu 3, No.3, Jalan Bangsar,
KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia.

Tel: 03-2109 6000

Fax: 03-2109 6888

Call Centre: 1-300-888-622

www.zurich.com.my

ZURICH®



ZURICH®

The trademarks depicted are registered in the name of
Zurich Insurance Company Ltd in many jurisdictions worldwide.



Skim Kemasukan Hospital dan Pembedahan Pekerja Asing (SKHPPA)

BAHAWASANYA Yang Pemegang Polisi / Orang Yang Diinsuranskan, menerusi permohonan dan perakuan yang menjadi asas kepada kontrak ini dianggap sebagai sebahagian daripadanya, telah memohon kepada **Zurich General Insurance Malaysia Berhad (201701035345)** (seterusnya dirujuk sebagai "Syarikat") untuk Insurans yang terkandung seterusnya.

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

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

Kontrak Insurans Pengguna

Polisi dikeluarkan sejajar dengan premium yang dibuat yang ditentukan dalam **Jadual Polisi** dan menurut kepada kenyataan yang telah dikemukakan di dalam borang cadangan (atau semasa **Pemilik Polisi** membuat permohonan Insurans ini) dan segala kenyataan yang telah dibuat oleh **Pemilik Polisi** pada atau semasa penyerahan borang cadangan (atau semasa **Pemilik Polisi** membuat permohonan Insurans ini) dan pada masa perjanjian ini ditandatangani. Jawapan dan sebarang pernyataan lain yang **Pemilik Polisi** berikan akan menjadi sebahagian daripada kontrak Insurans antara **Pemilik Polisi** dan pihak **Kami**. Walau bagaimanapun, sekiranya terdapat sebarang salah nyata semasa pra-kontrak berhubung dengan jawapan **Pemilik Polisi** atau di mana-mana pernyataan yang diberikan oleh **Pemilik Polisi**, hanya remedi yang terdapat dalam Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 akan diguna pakai.

Polisi ini bertindak atas terma-terma dan syarat-syarat kontrak Insurans seperti yang telah dipersetujui antara **Pemilik Polisi** dan pihak **Kami**.

Kontrak Insurans Bukan Pengguna

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

Polisi ini bertindak atas terma-terma dan syarat-syarat kontrak Insurans seperti yang telah dipersetujui antara **Pemilik Polisi** dan pihak **Kami**.

DEFINISI:

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

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

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

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

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

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

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

DOKTOR atau PAKAR PERUBATAN atau PAKAR BEDAH hendaklah bermaksud pengamal perubatan berdaftar yang layak dan berlesen untuk mengamalkan perubatan barat dan yang, semasa memberikan rawatan itu, mengamalkan mengikut skop pelesenan dan latihannya di

kawasan geografi profesion tersebut diamalkan, tetapi tidak termasuk Doktor, Pakar Perubatan atau Pakar Bedah yang merupakan Orang Yang Diinsuranskan itu sendiri.

ORANG YANG LAYAK hendaklah bermaksud pekerja asing semasa dan masa depan Pemegang Polisi yang bekerja sepenuh masa dan berusia antara lapan belas (18) hingga enam puluh (60) tahun dan merupakan pemegang sah permit/Pas Lawatan Kerja Sementara yang masih berkuatkuaa, yang dikeluarkan oleh pihak berkuasa kerajaan Malaysia yang berkenaan.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- (a) Penyakit kardiovaskular
- (b) Semua kanser

PEMBEDAHAN hendaklah bermaksud mana-mana prosedur perubatan yang berikut:

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

INSURANS bermaksud skim berdasarkan persaudaraan, perpaduan dan bantuan bersama yang menyediakan bantuan kewangan dan bantuan bersama kepada Ahli sekiranya diperlukan di mana Ahli-ahli bersetuju untuk menyumbang untuk tujuan itu.

CUKAI ialah apa-apa bayaran semasa atau akan datang, langsung atau tidak langsung, cukai, levi atau duti termasuk cukai penggunaan atau apa-apa cukai seumpamanya, yang dikenakan kepada barangan atau perkhidmatan oleh kerajaan atau pihak berkuasa percukaian.

JENIS MANFAAT

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

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

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

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

Bekalan dan Khidmat Hospital

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

Bilik Bedah

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

Bayaran Pembedahan

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

Bayaran Pakar Bius

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

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

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

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

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

Bayaran Ambulans/Bayaran Laporan Perubatan

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

PERUNTUKAN KHAS

ORANG-ORANG YANG LAYAK

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

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

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

TEMPOH PERLINDUNGAN DAN PEMBAHARUAN

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

WILAYAH GEOGRAFI

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

HAD MANFAAT

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

PENGECUALIAN

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

1. Penyakit sedia ada. Walau bagaimanapun, pengecualian tersebut adalah digugurkan sekiranya Orang Yang Diinsuranskan telah lulus pemeriksaan perubatan dan disahkan oleh Fomema Sdn. Bhd. (FOMEMA) dalam masa tiga puluh (30) hari ketibaan di Malaysia.
2. Penyakit tertentu yang berlaku dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama bagi perlindungan berterusan.
3. Pembedahan plastik/kosmetik, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasaan atau pembedahan (Keratotomi Radial) dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik seperti anggota tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.
4. Penyakit pergigian termasuk rawatan pergigian atau pembedahan oral kecuali apabila diperlukan kerana Kecederaan Akibat Kemalangan pada gigi asli yang sihat yang perlu berlaku sepenuhnya dalam Tempoh Insurans.
5. Penjagaan peribadi, rehat pulih atau jagaan kebersihan, dadah yang tidak dibenarkan, intoksikasi, pensterilan, penyakit venereal dan sekuelanya, AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit) atau ARC (Kompleks Berkaitan AIDS) dan penyakit berkaitan HIV (Sindrom Kurang Daya Tahan Manusia), dan apa-apa penyakit berjangkit yang memerlukan kuarantin oleh undang-undang.
6. Apa-apa rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.
7. Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, menggugurkan kandungan dan jagaan serta pembedahan pranatal atau postnatum, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketidaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impotensi atau pensterilan.
8. Penghospitalan terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis pemeriksaan sinar-X, pemeriksaan fizikal atau perubatan am, tidak berkaitan dengan rawatan atau diagnosis Hilang Upaya yang dilindungi yang tidak Perlu Dari Segi Perubatan dan apa-apa rawatan pencegahan, ubat atau pemeriksaan pencegahan yang dijalankan oleh Pakar Perubatan, dan rawatan khusus untuk mengurangkan atau menaikkan berat badan.
9. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.
10. Perang atau apa-apa tindakan perang, diisytiharkan atau tidak diisytiharkan, aktiviti jenayah atau pengganas, bergiat cergas dalam mana-mana angkatan bersenjata, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan atau kekecohan awam atau penderhakaan tentera.
11. Radiasi pengionan atau pencemaran melalui radioaktiviti daripada mana-mana bahan api nuklear atau sisa nuclear daripada proses pembelahan nuklear atau daripada apa-apa bahan senjata nuklear.
12. Belanja yang ditanggung untuk menderma mana-mana organ tubuh Orang Yang Diinsuranskan dan kos pemerolehan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma ketika transplant organ dan komplikasinya.
13. Penyiasatan dan rawatan gangguan tidur dan dengkur, terapi penggantian hormon dan terapi pilihan seperti rawatan, khidmat atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada khidmat kiropraktik, akupunktur, akutekanan, refleksologi, pengikatan tulang, rawatan pakar herba, urut atau terapi aroma atau rawatan pilihan yang lain.
14. Jagaan atau rawatan yang pembayarannya tidak dikehendaki atau setakat yang ia dibuat oleh mana-mana Insurans lain atau tanggung rugi yang melindungi Orang Yang Diinsuranskan dan Hilang Upaya yang timbul daripada tugas dalam pekerjaan atau kerjaya yang dilindungi di bawah Kontrak Insurans Pampasan Kerja.
15. Gangguan psikotik, mental atau saraf (termasuk apa-apa nerosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).
16. Kos/belanja bagi khidmat yang bersifat bukan perubatan, seperti televisyen, telefon, khidmat telex radio atau kemudahan yang serupa, kit/pek kemasukan dan barang bukan perubatan lain yang tidak layak.
17. Sakit atau kecederaan yang timbul daripada apa-apa jenis perlumbaan (kecuali perlumbaan jalan kaki), sukan berbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjun udara, luncur air, aktiviti dalam air yang memerlukan alat pernafasan, sukan musim sejuk, sukan professional dan aktiviti yang tidak dibenarkan.
18. Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.
19. Belanja yang ditanggung untuk menukar jantina.

SYARAT-SYARAT AM

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

NOTIS

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

PRASYARAT LIABILITI

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

SALAH NYATA/PENIPUAN

Jika borang cadangan atau pengisytiharan Pihak Diinsuranskan adalah tidak benar dalam apa-apa aspek atau jika mana-mana fakta material yang menjejaskan risiko dinyatakan secara salah atau ditinggalkan daripadanya, atau jika perlindungan ini, atau sebarang pembaharuannya telah diperolehi melalui sebarang salah nyata, atau penindasan atau jika sebarang tuntutan yang dibuat adalah penipuan atau berlebih-lebihan, atau jika sebarang pengisytiharan atau pernyataan palsu dibuat untuk menyokongnya, maka dalam mana-mana kes ini, Polisi ini akan terbatal.

PREMIUM INSURANS

Ketika Tempoh Insurans, Premium untuk Insurans dibawah Polisi ini adalah tidak terjamin. Syarikat berhak untuk menukar kadar pada mana Premium dikira, pada permulaan mana-mana Tahun Polisi, dengan syarat Syarikat memaklumkan Orang Yang Diinsuranskan sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari lebih awal dari tarikh Premium tersebut perlu dibuat.

PERUNTUKAN CUKAI

Semua Premium dan yuran di bawah Polisi ini mungkin tertakluk kepada Cukai. Sekiranya Cukai dikenakan, ia akan dinyatakan dalam invoice dan Zurich General Insurans Malaysia Berhad berhak untuk menuntut atau mengutip Cukai daripada Orang yang Diinsuranskan sebagai tambahan kepada Premium dan/atau yuran yang perlu dibuat di bawah Polisi ini.

PROSEDUR TUNTUTAN

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

PEMBATALAN

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

Tempoh Tidak Melebihi	Bayaran Balik Premium Tahunan
15 hari	90%
1 bulan	80%
2 bulan	70%
3 bulan	60%
4 bulan	50%
5 bulan	40%
6 bulan	30%
7 bulan	25%
8 bulan	20%
9 bulan	15%
10 bulan	10%
11 bulan	5%
Tempoh melebihi 11 bulan	Tiada bayaran balik

UNDANG-UNDANG MENGAWAL POLISI

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

PENAMATAN INSURANS INDIVIDU

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

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

PINDAAN

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

SALAH NYATA ATAU KETINGGALAN FAKTA PENTING

Jika :

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

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

TEMPOH IHSAN

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

Jika sebarang premium tidak dibayar berkenaan dengan Kontrak Polisi ini sebelum tamat tempoh Ihsan, Kontrak Polisi ini akan dianggap sebagai ditamatkan pada tarikh tamat Polisi.

SEKATAN

Kami tidak akan dianggap memberikan perlindungan atau akan membuat apa-apa bayaran atau memberikan apa-apa perkhidmatan atau manfaat kepada mana-mana Pemilik Polisi, Anda atau pihak lain setakat perlindungan, pembayaran, perkhidmatan, manfaat itu akan melanggar mana-mana perdagangan atau ekonomi yang berkenaan undang-undang atau peraturan sekatan.

PENYATAAN PIDM

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

BAHASA

Sekiranya terdapat percanggahan, kekaburan dan konflik dalam mentafsirkan sebarang terma atau syarat, versi Bahasa Inggeris akan diguna pakai dan menggantikan versi Bahasa Malaysia.

NOTIS DI BAWAH AKTA PERLINDUNGAN DATA PERIBADI 2010 (PDPA)

Akta Perlindungan Data Peribadi 2010 yang mengawal selia pemprosesan data peribadi dalam transaksi komersial, berkuat kuasa ke atas **Kami**. **Anda** boleh membuat pertanyaan, aduan, permintaan mengakses, mengemas kini, membetulkan atau mengubah mana-mana data peribadi Anda, mengehadkan pemprosesan data peribadi dan/atau untuk memilih keluar daripada penggunaan **Kami** pada bila-bila masa selepas ini dengan mengemukakan permintaan tersebut kepada **Kami** dengan menghantar e-mel ke callcentre@zurich.com.my. Permintaan untuk memilih keluar mesti menyatakan dengan jelas nama penuh, nombor dokumen pengenalan, nombor polisi, nombor telefon dan alamat orang yang membuat permintaan tersebut.

Pemprosesan data peribadi **Anda** tertakluk kepada Notis Perlindungan Data Peribadi **Kami**, seperti yang diterbitkan di <https://www.zurich.com.my/pdpa>.

JADUAL MANFAAT (MANA-MANA SATU HILANG UPAYA)

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

NOTA PENTING:

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

PENTING

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

PROSEDUR UNTUK MEMBUAT ADUAN INSURANS

Kami sentiasa bersedia memberikan pengalaman perkhidmatan pelanggan yang terbaik. Jika anda mempunyai sebarang aduan atau tidak berpuas hati berkaitan dengan sebarang produk atau perkhidmatan, kami bersedia memberikan perhatian. Anda boleh menghubungi Kami di:

Zurich General Insurans Malaysia Berhad

Aras 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia
Tel: 03 2109 6000
Faks: 03 2109 6888
Pusat Panggilan: 1 300 888 622
E-mel: callcentre@zurich.com.my

Alternatif Lain untuk Membuat Aduan

Jika anda tidak berpuas hati dengan keputusan akhir kami, anda boleh menulis surat kepada Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OPK) dengan butir-butir mengenai pertikaian dan maklumat Polisi anda.

Jika keputusan OPK memihak kepada anda berbanding kami, anda hendaklah memaklumkan OPK sama ada anda menerima atau menolak bayaran dalam tempoh (14) empat belas hari. Jika anda tidak setuju dengan bayaran tersebut, anda boleh menolak keputusan OPK. Anda bebas untuk memulakan tindakan mahkamah terhadap kami atau merujuk kes kepada Penimbangtaraan.

OPK boleh dihubungi di alamat berikut:

Ombudsman Perkhidmatan Kewangan

Tingkat 14, Blok Utama, Menara Insurans Malaysia, No. 4, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur
Tel: 03 2272 2811
Faks: 03 2272 1577
E-mel: enquiry@ofs.org.my
Laman web: www.ofs.org.my

Jika aduan anda berada di luar bidang OPK, anda boleh menyatakan ketidakpuasan hati anda kepada Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (LINK) Bank Negara Malaysia di alamat berikut:

Secara Bertulis:

Pusat Perhubungan Pelanggan Bank Negara Malaysia (BNMLINK), Peti Surat 10922, 50929 Kuala Lumpur.
Tel: 1 300 88 5465
Faks: 03 2174 1515
E-mel: bnmlink@bnm.gov.my
Laman web: www.bnm.gov.my

Secara Bersemuka:

Tingkat 4, Podium Bangunan AICB, No. 10, Jalan Dato' Onn, 50480 Kuala Lumpur.

Zurich General Insurance Malaysia Berhad

No. Pendaftaran 201701035345 (1249516-V)
Aras 23A, Mercu 3, No.3, Jalan Bangsar,
KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia.
Tel: 03-2109 6000
Fax: 03-2109 6888
Call Centre: 1-300-888-622
www.zurich.com.my