

IHM - MediHealth

Hospitalisation and Surgical Insurance

Insurans Penghospitalan dan Pembedahan



PEACE OF MIND IS PRICELESS

Right now, when all is well in your world, you have no idea what the future holds. However one thing is certain – medical science, care and treatments are all making incredible advances. Better healthcare comes at a cost and just when you need it most, you may be at your most vulnerable financially. So why let an unexpected illness crush your plans when a health insurance plan like **IHM – MediHealth** can be your friend in time of need? Exclusively for IHM members, **IHM - MediHealth** provides you with a comprehensive hospitalisation and surgical coverage. Underwritten by The Pacific Insurance Berhad, it provides financial support, giving you and your family peace of mind.

SPECIAL FEATURES

- **Comprehensive Coverage** – Claims are paid on as charged basis subject to necessary treatment based on reasonable and customary charges.
- **No Claim Bonus** – The Overall Annual Limit will be increased by 10% of the initial amount at the end of each year, provided no claim has been made in the previous year, subject to a total increment amount not more than 100% of the initial Overall Annual Limit.
- **Family Discount** – For a family with a minimum of three (3) family members (father, mother and/or dependant children), each of you will be entitled to a 10% family discount.
- **Renewal up to Age One Hundred (100) next Birthday** – The policy is renewable annually at the option of the policyholder up to age one hundred (100) years and the last entry age is seventy (70) years.
- **Portfolio Pricing of Premium** – Policyholders who have claimed under the policy will not be singled out to pay more premium than others. Any increase in premium will be on a portfolio basis.
- **No Lifetime Limit** – Other than the Overall Annual Limit, there is no lifetime limit on the amount that can be claimed.
- **Outpatient Dengue Fever or Zika Fever Treatment** – Reimburses the charges incurred for treatment of Dengue Fever or Zika Fever received as an outpatient at any registered clinic or hospital.
- **Outpatient Cancer Treatment and Outpatient Kidney Dialysis Treatment** – 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 and the 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.
- **Traditional Medical Treatment** – Reimburses the charges incurred for treatment received as an outpatient due to an accident within twenty-four (24) hours after the accident by a registered traditional medical practitioner.
- **Maternity Benefit** – Provides a one-time maternity benefit upon the renewal of the second year policy for female insured persons only.
- **Deductible Option** – With a reasonable optional deductible per disability, the premium is made affordable for everyone.

PREMIUM PAYABLE

The premium payable is based on the age of next birthday and is paid annually at the rate applicable during renewal. The premium published in the Brochure and Product Disclosure Sheet is for standard life only and premium loading may be charged to non-standard life. Annual premium rate is not guaranteed and may be subject to change.

EASY APPLICATION

Application is simple. Everyone from the ages of nineteen (19) years to seventy (70) years may apply for **IHM - MediHealth**. The policy may be extended to your dependant children between the ages of thirty (30) days and nineteen (19) years [up to twenty-three (23) years if full-time student].

WHAT IS NOT COVERED

These plans do not cover pre-existing conditions/illnesses, psychotic mental or nervous disorders, maternity related treatment, congenital abnormalities, hospitalisation primarily for investigatory purposes, investigation and treatment of sleep and snoring disorders, expenses incurred for sex changes, AIDS and HIV related diseases, plastic/cosmetic surgery (except when specifically included in writing).

IMPLICATIONS OF SWITCHING POLICY

One of the disadvantages is that if your current health status is less favorable to the new insurer, new terms and exclusions may be imposed by the new insurer. You will also have to go through the standard waiting period before you can make any claim.

This brochure is not a contract of insurance. Specific details of coverage are set out in the policy. Please refer to the Product Disclosure Sheet for details on the Terms of Issue and Major Limitations.

PRODUCT DISCLOSURE SHEET

Please read this Product Disclosure Sheet before you decide to take up the following product. Be sure to also read the general terms and conditions of the policy.

1. What is this product about?

This comprehensive policy provides for reimbursement of hospitalisation and surgical expenses incurred due to illness or accident. The policy is extended to cover accidental death and permanent disablement and maternity. This policy also includes a deductible option. The benefits may take the form of the reimbursement of medical expenses incurred by the policyholder, a lump sum payment of the sum insured or payment of an allowance.

2. What are the covers or benefits provided?

Duration of cover is for one (1) year. You have the option to renew the policy annually subject to the terms and conditions of the policy.

SCHEDULE OF BENEFITS (Ringgit Malaysia)	NON-DEDUCTIBLE PLANS					
SECTION A – MEDICAL EXPENSES INSURANCE	PLAN 600	PLAN 500	PLAN 400	PLAN 300	PLAN 250	PLAN 150
1. Hospital Room and Board, daily maximum up to 365 days	600	500	400	300	250	150
2. Intensive Care Unit	As Charged (subject to reasonable and customary charges)					
3. Hospital Supplies and Services						
4. Pre-Surgical Consultation and Diagnosis, within 60 days prior to surgery						
5. Surgical Fees (Including Anaesthetist Fee and Operating Theatre) and Post-Surgery Care up to 60 days						
6. Pre-Hospital Specialist Consultation, within 60 days prior to admission						
7. Pre-Hospital Diagnostic Tests, within 60 days prior to admission						
8. In-Hospital Physician Visit, 2 visits a day up to 120 days						
9. Post-Hospitalisation Treatment, within 60 days from the date of discharge						
10. Emergency Accidental Outpatient Treatment, per accident including follow-up up to 60 days						
11. Emergency Accidental Dental Outpatient Treatment, per accident including follow-up up to 60 days						
12. Ambulance Fees						

SCHEDULE OF BENEFITS (Ringgit Malaysia) – Continued	NON-DEDUCTIBLE PLANS					
SECTION A – MEDICAL EXPENSES INSURANCE	PLAN 600	PLAN 500	PLAN 400	PLAN 300	PLAN 250	PLAN 150
13. Insured Child’s Daily Guardian Benefit	As Charged (subject to reasonable and customary charges)					
14. Outpatient Physiotherapy Treatment						
15. Pre-Surgical (Second Opinion) Consultation, per disability	500	500	500	500	500	500
16. Medical Report Fee, per disability	100	100	100	100	100	100
17. Outpatient Cancer Treatment, per year	80,000	70,000	60,000	50,000	40,000	30,000
18. Outpatient Kidney Dialysis Treatment, per year	80,000	70,000	60,000	50,000	40,000	30,000
19. Organ Transplant, lifetime limit	100,000	80,000	60,000	40,000	20,000	10,000
20. Outpatient Dengue Fever and Zika Fever Treatment, per year	1,000	800	600	500	400	300
21. Inpatient Mental Illness Treatment, per year	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
22. Traditional Medical Treatment, per year	600	500	400	300	200	100
23. Daily Cash Allowance at Government Hospital, daily maximum	300	250	200	150	100	50
24. Funeral Expenses	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000
Overall Annual Limit*	650,000	600,000	450,000	350,000	300,000	200,000
Lifetime Limit	Unlimited					
Deductible Per Disability	-	-	-	-	-	-
SECTION B - PERSONAL ACCIDENT BENEFIT						
Accidental Death and Permanent Disablement	200,000	150,000	100,000	80,000	60,000	40,000
SECTION C – MATERNITY BENEFIT						
Lifetime Limit, upon second year renewal onwards	2,000	2,000	2,000	1,000	1,000	1,000

You have the option to choose the deductible plan for a lower annual premium.

SCHEDULE OF BENEFITS (Ringgit Malaysia)	DEDUCTIBLE PLANS					
Deductible Per Disability	PLAN D600	PLAN D500	PLAN D400	PLAN D300	PLAN D250	PLAN D150
1. Items 1 to 20 under Section A are subject to the deductible.	5,000					
2. Items 21 to 24 under Section A, Section B and Section C are not subject to the deductible.						
	5,000	5,000	5,000	3,000	3,000	3,000

***No Claim Bonus for Overall Annual Limit**

The Overall Annual Limit will be increased by ten percent (10%) of the initial amount at the end of each year, provided no claim has been made in the previous year, subject to a total increment amount not more than one hundred percent (100%) of the initial Overall Annual Limit. If any upgrade or downgrade of plan is performed (including any change in the Deductible Option), the accumulated No Claim Bonus will not be carried over to the revised plan. Any subsequent increase in the Overall Annual Limit will then occur at the end of every one (1) year from the effective date of the downgrade or upgrade of plan.

YEAR / (Ringgit Malaysia)	PLAN 600 / D600	PLAN 500 / D500	PLAN 400 / D400	PLAN 300 / D300	PLAN 250 / D250	PLAN 150 / D150
1	650,000	600,000	450,000	350,000	300,000	200,000
2	715,000	660,000	495,000	385,000	330,000	220,000
3	780,000	720,000	540,000	420,000	360,000	240,000
4	845,000	780,000	585,000	455,000	390,000	260,000
5	910,000	840,000	630,000	490,000	420,000	280,000
6	975,000	900,000	675,000	525,000	450,000	300,000
7	1,040,000	960,000	720,000	560,000	480,000	320,000
8	1,105,000	1,020,000	765,000	595,000	510,000	340,000
9	1,170,000	1,080,000	810,000	630,000	540,000	360,000
10	1,235,000	1,140,000	855,000	665,000	570,000	380,000
11 Onwards	1,300,000	1,200,000	900,000	700,000	600,000	400,000

3. How much premium do I have to pay?

The premium payable is based on age of next birthday but a premium loading may apply depending on underwriting requirements of the Company. The premium for standard risks are as follows:

SCHEDULE OF ANNUAL PREMIUM (Ringgit Malaysia)

AGE NEXT BIRTHDAY	NON-DEDUCTIBLE PLANS					
	PLAN 600	PLAN 500	PLAN 400	PLAN 300	PLAN 250	PLAN 150
30 days – 18 years	1,322	1,127	949	691	665	633
19 years – 25 years	1,475	1,266	1,074	742	716	684
26 years – 30 years	1,683	1,448	1,231	758	730	697
31 years – 35 years	1,728	1,485	1,262	778	749	714
36 years – 40 years	1,849	1,584	1,342	891	858	818
41 years – 45 years	1,865	1,599	1,354	905	872	832
46 years – 50 years	2,084	1,788	1,516	1,147	1,109	1,061
51 years – 55 years	2,154	1,849	1,569	1,229	1,189	1,140
56 years – 60 years	2,874	2,490	2,134	1,666	1,621	1,562
61 years – 65 years	4,070	3,543	3,053	2,554	2,493	2,412
66 years – 70 years	5,751	5,002	4,306	3,976	3,883	3,760
71 years – 75 years (renewal only)	6,918	6,041	5,223	4,832	4,729	4,587
76 years – 80 years (renewal only)	9,862	8,661	7,535	6,102	5,983	5,814
81 years – 90 years (renewal only)	11,530	10,146	8,844	8,760	8,606	8,382
91 years – 100 years (renewal only)	11,530	10,146	8,844	8,760	8,606	8,382

SCHEDULE OF ANNUAL PREMIUM (Ringgit Malaysia)

AGE NEXT BIRTHDAY	DEDUCTIBLE PLANS					
	PLAN D600	PLAN D500	PLAN D400	PLAN D300	PLAN D250	PLAN D150
30 days – 18 years	992	846	712	588	565	538
19 years – 25 years	1,106	949	805	631	609	582
26 years – 30 years	1,263	1,086	924	644	621	593
31 years – 35 years	1,296	1,114	947	661	636	607
36 years – 40 years	1,387	1,188	1,006	757	729	695
41 years – 45 years	1,399	1,199	1,016	770	741	707
46 years – 50 years	1,563	1,341	1,137	975	942	902
51 years – 55 years	1,615	1,387	1,177	1,045	1,011	969
56 years – 60 years	2,156	1,867	1,600	1,416	1,378	1,328
61 years – 65 years	3,053	2,658	2,290	2,171	2,119	2,050
66 years – 70 years	4,313	3,752	3,230	3,379	3,301	3,196
71 years – 75 years (renewal only)	5,189	4,531	3,917	4,107	4,019	3,899
76 years – 80 years (renewal only)	7,397	6,496	5,651	5,187	5,085	4,942
81 years – 90 years (renewal only)	8,648	7,609	6,633	7,446	7,316	7,124
91 years – 100 years (renewal only)	8,648	7,609	6,633	7,446	7,316	7,124

Terms Of Payment: Cash Before Cover

The renewal premium is not guaranteed and the Company reserves the right to revise the premium rate applicable at the time of renewal. Such adjustments, if any shall be applicable to all policyholders irrespective of their claims experience according to the Company's risk assessment taking into consideration the loss ratio and any other factors which may materially affect the sustainability of the product. Any revision of premiums will be notified to the policyholders in writing at least three (3) months in advance before policy renewal. It is important for policyholders to receive and keep receipts from the Company as proof of premium payment.

4. Apart from the premium, what other fees and charges that I have to pay?

Commission paid to the insurance agent (included in Gross Premium)	15% of Gross Premium
Stamp Duty	RM10.00
Service Tax (non-individual)	6% of Gross Premium

5. What are some of the key terms and conditions that I should be aware of?

Importance of Disclosure

Consumer Insurance Contract

Pursuant to Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this insurance wholly for yourself/family/dependants, you have a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in the Proposal Form (or when you apply for this insurance). You must answer the questions fully and accurately. Failure to take reasonable care in answering the questions may result in avoidance of your contract of insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your contract of insurance. The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us. In addition to answering the questions in the Proposal Form (or when you apply for this insurance), you are required to disclose any other matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied. You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in the Proposal Form (or when you applied for this insurance) is inaccurate or has changed.

Non-Consumer Insurance Contract

Pursuant to Paragraph 4 (1) of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this insurance for the purpose of providing medical insurance benefits to your employees and their dependants, you have a duty to disclose any matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied and any matter a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant, otherwise it may result in avoidance of your contract of insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your contract of insurance. The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us. You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in this Proposal Form is inaccurate or has changed.

Issuance of Policy

The Company will only issue the policy once all documentations are received in good order.

Deductible Per Disability

The deductible amount stated in the Schedule of Benefits is the amount of expenses you will bear for any one disability arising from the same cause. This means that all expenses incurred for any one disability, which is inclusive of all complications and hospitalisations due to this disability, will be subject to the deductible amount and only the total expenses exceeding this deductible will be payable by this policy. However if you completely recover and remain free from further treatment of the disability for at least ninety (90) days from the latest date of discharge, the subsequent disability from the same cause shall be considered as a new disability and the new expenses will be subject to the deductible amount. Deductible is only applicable for certain benefits under the medical expenses insurance and is not applicable for personal accident and maternity benefits.

Cooling-Off Period

If the policy shall have been issued and for any reason whatsoever the insured person shall decide not to take up the policy, the insured person may return the policy to the Company for cancellation provided such request for cancellation is delivered by the insured person to the Company within fifteen (15) days from the date of delivery of the policy. The insured person is entitled to the return of the full premium paid less deduction of medical expenses incurred by the Company in the issue of the policy.

Qualifying or Waiting Period

The eligibility for benefits under the policy will only start thirty (30) days after the effective date of the policy except for accident. Unless renewed, the coverage will cease on the expiry date and the Company shall strictly not be liable for any expenses that take place after the expiry date.

Upgraded Room and Board Co-Payment

You will have to pay 20% of the eligible expenses if you are hospitalised at a published room and board rate which is higher than what you are entitled to.

Renewal up to Age One Hundred (100) next Birthday

The policy is renewable annually at the option of the policyholder up to age one hundred (100) years and the last entry age is seventy (70) years. However, the product may be withdrawn from the market in accordance with the Portfolio Withdrawal Condition.

Upgrading Insured Plan

Application for upgrading of plan can only be made on renewal and is subject to underwriting and acceptance by the Company upon renewal.

Grace Period

Notwithstanding the Cash Before Cover Condition, a Grace Period of fourteen (14) days following the expiry date shall be allowed to the Policyholder for the payment of any premiums after the first policy year. If any premium is not paid in respect of this policy or any supplementary contracts before the end of the Grace Period, this policy and the relevant supplementary contracts shall be deemed as terminated at the expiry date of the policy. Even if payment is made during the grace period any disability occurring during the period from the expiry date to the payment date shall not be payable.

6. Can I choose to be treated overseas?

The policy provides protection whilst you travel or resides overseas for not more than ninety (90) consecutive days. However no benefit shall be payable if your intention is to seek treatment overseas when treatment is available locally except where it is due to a medical emergency or upon recommendation of a physician for the need to be transferred to a hospital outside Malaysia because of the specialised nature of treatment, aid, information or decision which cannot be rendered, furnished or taken in Malaysia.

Overseas treatment of a disease, sickness or injury which is diagnosed in Malaysia and non-emergency or chronic conditions where treatment can reasonably be postponed until return to Malaysia is not covered.

You may request for your policy to be extended to cover elective treatment in Singapore and Brunei by paying a premium loading as imposed by the Company.

7. What are the major exclusions under this policy?

Pre-existing illness.

Any medical or physical conditions arising within the first thirty (30) days of the insured person's cover or date of reinstatement whichever is latest except for accidental injuries.

Plastic/Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness (Radial Keratotomy or Lasik) and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof.

Dental conditions including dental treatment or oral surgery except as necessitated by accidental injuries to sound natural teeth occurring wholly during the period of insurance.

Private nursing, rest cures or sanatoria care, illegal drugs, intoxication, sterilization, venereal disease and its sequelae, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or ARC (AIDS Related Complex) and HIV related diseases and any communicable diseases requiring quarantine by law.

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

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.

Hospitalisation primarily for investigatory purposes, diagnosis, X-ray examination, general physical or medical examinations, not incidental to treatment or diagnosis of a covered disability or any treatment which is not medically necessary and any preventive treatments, preventive medicines or examinations carried out by a physician, and treatments specifically for weight reduction or gain.

Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while sane or insane.

War or any act of war, declared or undeclared, criminal or terrorist activities, active duty in any armed forces, direct participation in strikes, riots and civil commotion or insurrection.

Ionising radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any nuclear weapons material.

Expenses incurred for donation of any body organ by an insured person and costs of acquisition of the organ including all costs incurred by the donor during organ transplant and its complications.

Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical service or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bone-setting, herbalist treatment, massage or aromatherapy or other alternative treatment.

Care or treatment for which payment is not required or to the extent which is payable by any other insurance or indemnity covering the insured and disabilities arising out of duties of employment or profession that is covered under a Workman's Compensation Insurance Contract.

Psychotic, mental or nervous disorders (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).

Costs/expenses of services of a non-medical nature, such as television, telephones, telex services, radios or similar facilities, admission kit/pack and other ineligible non-medical items.

Sickness or Injury arising from racing of any kind (except foot racing), hazardous sports such as but not limited to skydiving, water skiing, underwater activities requiring breathing apparatus, winter sports, professional sports and illegal activities.

Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.

Expenses incurred for sex change.

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

8. Can I cancel my policy?

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

<u>Period</u>	<u>Refund of Annual Premium for Policies without Family Discount</u>	<u>Refund of Annual Premium for Policies with Family Discount</u>
Not exceeding 15 days	90% (applicable to renewal only)	75% (applicable to renewal only)
Not exceeding 1 month	80%	65%
Not exceeding 2 months	70%	55%
Not exceeding 3 months	60%	45%
Not exceeding 4 months	50%	35%
Not exceeding 5 months	40%	25%
Not exceeding 6 months	30%	15%
Not exceeding 7 months	25%	10%
Not exceeding 8 months	20%	5%
Not exceeding 9 months	15%	No refund of Premium
Not exceeding 10 months	10%	No refund of Premium
Not exceeding 11 months	5%	No refund of Premium
Exceeding 11 months	No refund of Premium	No refund of Premium

9. How do I make a claim?

Pay first and file your claim with the Company not later than thirty (30) days of a disability that incurs claimable expenses by submitting the following supporting claim documents:

- i. completed claim form
- ii. original medical report
- iii. original hospital invoices or medical bills
- iv. original official receipts
- v. referral letter from the general practitioner, if any
- vi. any other evidence or claim documents
- vii. e-Payment Authorisation Form

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

10. What do I need to do if there are changes in my contact or personal details?

It is important that you inform IHM Risk Management Sdn Bhd or the Company of any changes in your contact or personal details to ensure that all correspondences reach you in a timely manner.

11. Where can I get further information?

Should you require additional information about medical and health insurance, please refer to the *insuranceinfo* booklet on 'Medical & Health Insurance', available at any of the Company's branches or visit www.insuranceinfo.com.my. If you have any other enquiries or would like to provide some feedback or file a complaint, please contact:

IHM Risk Management Sdn Bhd
12 Jalan PJS 8/6, Sunway Mentari, 46150 Petaling Jaya, Selangor Darul Ehsan
Tel: 03-5638 6889 Fax: 03-5638 6879
Email: support@ihm.com.my
Website: www.ihm.com.my

or

The Pacific Insurance Berhad
40-01, Q Sentral, 2A Jalan Stesen Sentral 2,
Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur, Malaysia.
(P.O. Box 12490, 50780 Kuala Lumpur, Malaysia.)
Tel: +603-2633 8999 Fax: +603-2633 8998 Toll-Free Line: 1-800-88-1629
Email: customerservice@pacificinsurance.com.my
Website: www.pacificinsurance.com.my

You can also contact the following for information, enquiries or should the complaint not be resolved:

Director
Jabatan LINK dan Pejabat Wilayah
Bank Negara Malaysia
P.O. Box 10992
50929 Kuala Lumpur
Tel: 1-300-88-5465
Fax: +603-2174 1515
Email: bnmtelelink@bnm.gov.my

IMPORTANT NOTE:

YOU SHOULD SATISFY YOURSELF THAT THIS POLICY WILL BEST SERVE YOUR NEEDS AND THAT THE PREMIUM PAYABLE UNDER THE POLICY IS AN AMOUNT THAT YOU CAN AFFORD. YOU SHOULD READ AND UNDERSTAND THE INSURANCE POLICY AND DISCUSS WITH IHM RISK MANAGEMENT SDN BHD CUSTOMER SERVICE STAFF OR CONTACT THE PACIFIC INSURANCE BERHAD DIRECTLY FOR MORE INFORMATION.

The information provided in this disclosure sheet is valid as at 1 September 2019. In the event of inconsistencies between the English and Bahasa Malaysia versions, the English version shall prevail.

KETENANGAN FIKIRAN ADALAH TIDAK TERNILAI

Sekarang, apabila semuanya baik di mata anda, anda tidak dapat mengagak apa yang akan berlaku di masa depan. Namun satu perkara adalah pasti - sains perubatan, penjagaan dan rawatan semuanya menuju ke arah kemajuan yang luar biasa. Penjagaan kesihatan yang baik memerlukan kos dan ianya hanya akan datang apabila anda sangat memerlukannya, mungkin di saat anda berada pada kewangan paling lemah. Jadi mengapa membiarkan penyakit yang tidak dijangka menghancurkan hidup anda sedangkan pelan insurans kesihatan seperti **IHM - MediHealth** boleh menjadi rakan anda pada masa memerlukan. Eksklusif hanya untuk ahli IHM, **IHM - MediHealth** menawarkan anda perlindungan rawatan hospital dan pembedahan yang komprehensif. Diunderait oleh The Pacific Insurance Berhad, pelan-pelan ini menyediakan sokongan kewangan untuk memberikan anda dan keluarga anda ketenangan fikiran.

CIRI-CIRI KHAS

- **Perlindungan Komprehensif** – Tuntutan dibayar seperti yang dicaj untuk rawatan perubatan yang diperlukan mengikut caj yang berpatutan dan diterima.
- **Bonus Tanpa Tuntutan** – Jumlah Keseluruhan Had Tahunan akan ditambah sebanyak 10% daripada jumlah asal pada setiap akhir tahun, dengan syarat tiada tuntutan pampasan dilakukan pada tahun sebelumnya, tertakluk pada jumlah kenaikan tidak melebihi daripada 100% daripada Jumlah Keseluruhan Had Tahunan asal.
- **Diskaun Keluarga** – Bagi keluarga yang mempunyai sekurang-kurangnya tiga (3) ahli keluarga (bapa, ibu dan / atau anak-anak dalam tanggungan), setiap daripada anda akan layak mendapat 10% diskaun keluarga.
- **Pembaharuan sehingga Umur Seratus (100) pada Harijadi berikutnya**
Polisi ini boleh diperbaharui setiap tahun mengikut pilihan pemegang polisi sehingga umur seratus (100) dan umur kemasukan terakhir adalah tujuh puluh (70) tahun.
- **Premium Harga Kelompok** – Pemegang polisi yang telah membuat tuntutan ke atas polisi tidak akan dikenakan premium yang lebih daripada mereka yang lain. Sebarang kenaikan dalam premium adalah pada dasar portfolio.
- **Tidak Ada Had Seumur Hidup** – Selain daripada Had Tahunan Keseluruhan, tidak ada had seumur hidup atas jumlah yang boleh dituntut.
- **Rawatan Pesakit Luar Demam Denggi dan Demam Zika** – Pembayaran balik caj yang dikenakan untuk rawatan Demam Denggi atau Demam Zika yang diterima sebagai pesakit luar di mana-mana klinik atau hospital yang berdaftar.
- **Rawatan Kanser Pesakit Luar dan Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar** – Syarikat akan membayar balik Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung untuk rawatan kanser yang Perlu Dari Segi Perubatan yang dijalankan di pusat rawatan kanser yang berdaftar secara sah dan rawatan dialisis buah pinggang yang Perlu Dari Segi Perubatan yang dijalankan di pusat dialisis yang berdaftar yang sah tertakluk kepada had hilang upaya ini seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.
- **Rawatan Perubatan Tradisional** – Pembayaran balik caj yang dikenakan untuk rawatan yang diterima sebagai pesakit luar akibat kemalangan dalam masa dua puluh empat (24) jam selepas kemalangan oleh seorang pengamal perubatan tradisional yang berdaftar.
- **Manfaat Bersalin** – Menyediakan manfaat bersalin untuk sekali sahaja kepada wanita yang diinsuranskan dan ianya hanya untuk polisi yang telah diperbaharui bermula pada tahun kedua.
- **Pilihan Deduktibel** – Dengan pilihan p potongan yang berpatutan pada setiap hilang upaya, premium yang berpatutan disediakan untuk semua.

BAYARAN PREMIUM

Bayaran premium berdasarkan umur pada harijadi yang akan datang dan dibayar setiap tahun pada kadar yang ditentukan semasa pembaharuan. Premium yang diterbitkan di dalam Risalah dan Risalah Pemberitahuan Produk adalah untuk orang yang sihat sahaja dan premium tambahan mungkin dikenakan kepada orang yang kurang sihat. Kadar premium tahunan adalah tidak dijamin dan tertakluk kepada perubahan.

PERMOHONAN YANG MUDAH

Permohonan adalah sangat mudah. Sesiapa yang berumur di antara sembilan belas (19) tahun hingga tujuh puluh (70) tahun layak memohon **IHM - MediHealth**. Polisi ini boleh dilanjutkan kepada anak-anak tanggungan anda yang berumur dari tiga puluh (30) hari hingga sembilan belas (19) tahun [sehingga umur dua puluh tiga (23) tahun jika pelajar sepenuh masa].

PERKARA YANG TIDAK DILINDUNGI

Pelan-pelan ini tidak melindungi keadaan/penyakit yang sedia ada, gangguan mental psikotik atau saraf, rawatan berkaitan kelahiran anak, kecacatan sejak lahir, rawatan hospital khusus untuk tujuan penyiasatan, penyiasatan dan rawatan bagi gangguan tidur dan dengkur, perbelanjaan bagi pertukaran jantina, penyakit berkaitan AIDS dan HIV dan pembedahan plastik/kosmetik (kecuali apabila dimasukkan khususnya dalam tulisan).

IMPLIKASI MENUKAR POLISI

Salah satu keburukan adalah jika status kesihatan anda kurang baik kepada penginsurans baru, terma dan pengecualian baru mungkin akan dikenakan oleh penginsurans baru. Anda akan dikehendaki untuk melalui tempoh tangguh yang ditetapkan sebelum anda boleh membuat sebarang tuntutan.

Risalah ini bukan kontrak insurans. Maklumat lanjut mengenai perlindungan terdapat di dalam polisi. Sila rujuk Risalah Pemberitahuan Produk untuk maklumat lanjut mengenai Syarat-syarat Pengeluaran dan Pengecualian Utama.

RISALAH PEMBERITAHUAN PRODUK

Sila baca Risalah Pemberitahuan Produk ini sebelum anda membuat keputusan mengambil produk berikut. Pastikan anda membaca terma dan syarat-syarat am polisi.

1. Apakah tentang produk ini?

Polisi komprehensif ini menyediakan pembayaran balik belanja yang dikenakan bagi penghospitalan dan pembedahan disebabkan oleh penyakit dan kemalangan. Polisi ini diperluaskan untuk melindungi kematian akibat kemalangan, hilang upaya kekal dan manfaat bersalin. Polisi ini juga termasuk pilihan deduktibel. Manfaat ini boleh dalam bentuk pembayaran balik perbelanjaan perubatan yang ditanggung oleh pemegang polisi, sekali bayar jumlah yang diinsuranskan atau pembayaran elaun.

2. Apakah perlindungan atau manfaat yang diberikan?

Tempoh perlindungan adalah selama satu (1) tahun. Anda mempunyai pilihan untuk memperbaharui polisi setiap tahun tertakluk kepada terma-terma dan syarat-syarat polisi.

JADUAL MANFAAT (Ringgit Malaysia)	PELAN BUKAN DEDUKTIBEL					
	PELAN 600	PELAN 500	PELAN 400	PELAN 300	PELAN 250	PELAN 150
SEKSYEN A – INSURANS BELANJA PERUBATAN						
1. Bilik Hospital dan Makan, maksimum harian sehingga 365 hari	600	500	400	300	250	150
2. Unit Rawatan Rapi	Seperti Yang Dicaaj (tertakluk kepada bayaran yang munasabah dan biasa diamalkan)					
3. Bekalan dan Khidmat Hospital						
4. Rundingan dan Diagnosis Pra-pembedahan, dalam masa 60 hari sebelum pembedahan						
5. Bayaran Pembedahan (Termasuk Bayaran Pakar Bius dan Bilik Bedah) dan Penjagaan Selepas Pembedahan sehingga 60 hari						
6. Rundingan Pakar Pra-hospital, dalam masa 60 hari sebelum kemasukan						
7. Ujian Diagnostik Pra-hospital, dalam masa 60 hari sebelum kemasukan						
8. Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital, 2 lawatan sehari sehingga 120 hari						
9. Rawatan Selepas Penghospitalan, dalam masa 60 hari selepas tarikh keluar hospital						
10. Rawatan Pesakit Luar bagi Kemalangan dan Kecemasan, bagi setiap kemalangan termasuk rawatan susulan sehingga 60 hari						

JADUAL MANFAAT (Ringgit Malaysia) – Sumbangan	PELAN BUKAN DEDUKTIBEL					
SEKSYEN A – INSURANS BELANJA PERUBATAN	PELAN 600	PELAN 500	PELAN 400	PELAN 300	PELAN 250	PELAN 150
11. Rawatan Pergiagaan Pesakit Luar bagi Kemalangan dan Kecemasan, bagi setiap kemalangan termasuk rawatan susulan sehingga 60 hari	Seperti Yang Dicaaj (tertakluk kepada bayaran yang munasabah dan biasa diamalkan)					
12. Bayaran Ambulans						
13. Manfaat Penjaga Harian bagi Kanak-kanak yang Diinsuranskan						
14. Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar						
15. Pra-Pembedahan Rundingan (Pendapat Kedua), setiap hilang upaya	500	500	500	500	500	500
16. Bayaran Laporan Perubatan, setiap hilang upaya	100	100	100	100	100	100
17. Rawatan Kanser Pesakit Luar, setahun	80,000	70,000	60,000	50,000	40,000	30,000
18. Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar, setahun	80,000	70,000	60,000	50,000	40,000	30,000
19. Transplan Organ, had seumur hidup	100,000	80,000	60,000	40,000	20,000	10,000
20. Rawatan Demam Denggi dan Demam Zika Pesakit Luar, setahun	1,000	800	600	500	400	300
21. Rawatan Penyakit Mental Dalam Hospital, setahun	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
22. Rawatan Perubatan Tradisional, setahun	600	500	400	300	200	100
23. Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan, maksimum harian	300	250	200	150	100	50
24. Perbelanjaan Pengebumian	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000
Had Tahunan Keseluruhan*	650,000	600,000	450,000	350,000	300,000	200,000
Had Seumur Hidup	Yang Tiada Terhad					
Deduktibel Setiap Hilang Upaya	-	-	-	-	-	-
SEKSYEN B – MANFAAT KEMALANGAN DIRI						
Kematian dan Hilang Upaya Kekal Akibat Kemalangan	200,000	150,000	100,000	80,000	60,000	40,000
SEKSYEN C – MANFAAT BERSALIN						
Had Seumur Hidup, pada pembaharuan tahun kedua dan seterusnya	2,000	2,000	2,000	1,000	1,000	1,000

Anda mempunyai pilihan untuk memilih pelan deduktibel untuk premium tahunan yang lebih rendah.

JADUAL MANFAAT (Ringgit Malaysia)	PELAN DEDUKTIBEL					
Deduktibel Setiap Hilang Upaya	PELAN D600	PELAN D500	PELAN D400	PELAN D300	PELAN D250	PELAN D150
1. Item 1 hingga 20 di bawah Seksyen A adalah tertakluk kepada deduktibel	5,000					
2. Item 21 hingga 24 di bawah Seksyen A, Seksyen B dan Seksyen C tidak tertakluk kepada deduktibel						

***Tiada Tuntutan Bonus untuk Had Tahunan Keseluruhan**

Had Tahunan Keseluruhan akan meningkat sebanyak sepuluh peratus (10%) daripada jumlah asalnya pada akhir setiap tahun, dengan syarat tiada tuntutan dibuat pada tahun sebelumnya, tertakluk kepada keseluruhan jumlah kenaikan tidak melebihi daripada seratus peratus (100%) daripada Had Tahunan Keseluruhan awal. Jika terdapat penurunan pelan atau kenaikan pelan (termasuk apa-apa perubahan dalam Pilihan Deduktibel), Tiada Tuntutan Bonus yang terkumpul tidak akan dibawa ke pelan yang disemak semula. Sebarang kenaikan berikutnya dalam Had Tahunan Keseluruhan akan berlaku pada akhir setiap satu (1) tahun dari tarikh berkuatkuasa penurunan pelan atau kenaikan pelan.

TAHUN / (Ringgit Malaysia)	PELAN 600 / D600	PELAN 500 / D500	PELAN 400 / D400	PELAN 300 / D300	PELAN 250 / D250	PELAN 150 / D150
1	650,000	600,000	450,000	350,000	300,000	200,000
2	715,000	660,000	495,000	385,000	330,000	220,000
3	780,000	720,000	540,000	420,000	360,000	240,000
4	845,000	780,000	585,000	455,000	390,000	260,000
5	910,000	840,000	630,000	490,000	420,000	280,000
6	975,000	900,000	675,000	525,000	450,000	300,000
7	1,040,000	960,000	720,000	560,000	480,000	320,000
8	1,105,000	1,020,000	765,000	595,000	510,000	340,000
9	1,170,000	1,080,000	810,000	630,000	540,000	360,000
10	1,235,000	1,140,000	855,000	665,000	570,000	380,000
11 Seterusnya	1,300,000	1,200,000	900,000	700,000	600,000	400,000

3. Berapa premium yang harus saya bayar?

Premium dibayar adalah berdasarkan umur pada ulang tahun berikutnya tetapi premium beban mungkin dikenakan bergantung kepada keperluan pengunderaitan Syarikat. Premium bagi risiko standard adalah seperti berikut:

JADUAL PREMIUM TAHUNAN (Ringgit Malaysia)

UMUR PADA HARIJADI BERIKUT	PELAN BUKAN DEDUKTIBEL					
	PELAN 600	PELAN 500	PELAN 400	PELAN 300	PELAN 250	PELAN 150
30 hari – 18 tahun	1,322	1,127	949	691	665	633
19 tahun – 25 tahun	1,475	1,266	1,074	742	716	684
26 tahun – 30 tahun	1,683	1,448	1,231	758	730	697
31 tahun – 35 tahun	1,728	1,485	1,262	778	749	714
36 tahun – 40 tahun	1,849	1,584	1,342	891	858	818
41 tahun – 45 tahun	1,865	1,599	1,354	905	872	832
46 tahun – 50 tahun	2,084	1,788	1,516	1,147	1,109	1,061
51 tahun – 55 tahun	2,154	1,849	1,569	1,229	1,189	1,140
56 tahun – 60 tahun	2,874	2,490	2,134	1,666	1,621	1,562
61 tahun – 65 tahun	4,070	3,543	3,053	2,554	2,493	2,412
66 tahun – 70 tahun	5,751	5,002	4,306	3,976	3,883	3,760
71 tahun – 75 tahun (pembaharuan sahaja)	6,918	6,041	5,223	4,832	4,729	4,587
76 tahun – 80 tahun (pembaharuan sahaja)	9,862	8,661	7,535	6,102	5,983	5,814
81 tahun – 90 tahun (pembaharuan sahaja)	11,530	10,146	8,844	8,760	8,606	8,382
91 tahun – 100 tahun (pembaharuan sahaja)	11,530	10,146	8,844	8,760	8,606	8,382

JADUAL PREMIUM TAHUNAN (Ringgit Malaysia)						
UMUR PADA HARIJADI BERIKUT	PELAN DEDUKTIBEL					
	PELAN D600	PELAN D500	PELAN D400	PELAN D300	PELAN D250	PELAN D150
30 hari – 18 tahun	992	846	712	588	565	538
19 tahun – 25 tahun	1,106	949	805	631	609	582
26 tahun – 30 tahun	1,263	1,086	924	644	621	593
31 tahun – 35 tahun	1,296	1,114	947	661	636	607
36 tahun – 40 tahun	1,387	1,188	1,006	757	729	695
41 tahun – 45 tahun	1,399	1,199	1,016	770	741	707
46 tahun – 50 tahun	1,563	1,341	1,137	975	942	902
51 tahun – 55 tahun	1,615	1,387	1,177	1,045	1,011	969
56 tahun – 60 tahun	2,156	1,867	1,600	1,416	1,378	1,328
61 tahun – 65 tahun	3,053	2,658	2,290	2,171	2,119	2,050
66 tahun – 70 tahun	4,313	3,752	3,230	3,379	3,301	3,196
71 tahun – 75 tahun (pembaharuan sahaja)	5,189	4,531	3,917	4,107	4,019	3,899
76 tahun – 80 tahun (pembaharuan sahaja)	7,397	6,496	5,651	5,187	5,085	4,942
81 tahun – 90 tahun (pembaharuan sahaja)	8,648	7,609	6,633	7,446	7,316	7,124
91 tahun – 100 tahun (pembaharuan sahaja)	8,648	7,609	6,633	7,446	7,316	7,124

Terma Pembayaran: Tunai Sebelum Lindung

Premium pembaharuan tidak dijamin dan Syarikat berhak menyemak semula kadar premium pada masa pembaharuan. Pelarasan tersebut, jika ada, akan terpakai kepada semua pemegang polisi tanpa mengambil kira pengalaman tuntutan mereka sesuai dengan penilaian risiko dengan mengambil kira nisbah kerugian dan sebarang faktor-faktor lain yang mungkin menjejaskan kemampuan produk. Sebarang semakan premium akan dimaklumkan kepada pemegang polisi itu secara bertulis sekurang-kurangnya tiga (3) bulan sebelum pembaharuan. Adalah penting bagi pemegang polisi untuk menerima dan menyimpan resit daripada Syarikat sebagai bukti pembayaran premium.

4. Selain daripada premium, apakah kos dan caj lain yang harus saya bayar?	
Komisen yang dibayar kepada agen (termasuk di dalam Premium Kasar)	15% daripada Premium Kasar
Duti Setem	RM10.00
Cukai Perkhidmatan (bukan individu)	6% daripada Premium Kasar

5. Apakah diantara terma dan syarat-syarat penting yang patut saya ketahui?

Pentingnya Pendedahan

Kontrak Insurans Pengguna

Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggungannya, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam borang cadangan (atau semasa memohon insurans ini). Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan tersebut dengan lengkap dan tepat. Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans anda, keengganan atau pengurangan gantirugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda. Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami. Sebagai tambahan kepada soalan-soalan di dalam borang cadangan (atau semasa memohon insurans ini), anda dikehendaki untuk mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan. Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami (atau semasa permohonan insurans ini), apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam borang cadangan tidak tepat atau sudah berubah.

Kontrak Insurans Komersial

Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini untuk memberi manfaat insurans perubatan kepada pekerja dan tanggungannya mereka, anda berkewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan, dan apa-apa perkara yang munasabah yang boleh dijangka, jika tidak ia boleh menyebabkan pembatalan kontrak insurans, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda. Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami. Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam borang cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

Pengeluaran Polisi

Syarikat hanya akan mengeluarkan polisi apabila semua dokumen diterima dalam keadaan lengkap.

Deduktibel Setiap Hilang Upaya

Deduktibel dinyatakan di dalam jadual manfaat adalah jumlah perbelanjaan anda yang akan menanggung mana-mana satu hilang upaya yang timbul daripada sebab yang sama. Ini bermakna bahawa semua perbelanjaan yang ditanggung bagi mana-mana satu hilang upaya, yang termasuk semua komplikasi dan dirawat di hospital kerana hilang upaya ini, akan tertakluk kepada deduktibel dan hanya jumlah perbelanjaan melebihi deduktibel akan dibayar oleh polisi ini. Walau bagaimanapun jika anda benar-benar pulih dan kekal bebas daripada rawatan lanjut bagi hilang upaya itu selama sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari dari tarikh terakhir keluar hospital, hilang upaya berikutnya akibat daripada sebab yang sama hendaklah dianggap sebagai hilang upaya baru dan perbelanjaan baru akan tertakluk kepada deduktibel. Deduktibel hanya berkenaan untuk manfaat tertentu di bawah insurans perbelanjaan perubatan dan tidak boleh berkenaan untuk manfaat kemalangan diri dan bersalin.

Tempoh Bertenang

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

Tempoh Layak atau Tempoh Tangguh

Kelayakan untuk manfaat dibawah polisi ini akan mula tiga puluh (30) hari selepas tarikh berkuatkuasa polisi, kecuali untuk kemalangan. Kecuali dibaharui, perlindungan ini akan tamat pada tarikh tamat tempoh dan Syarikat akan sangat tidak akan bertanggungjawab atas setiap perbelanjaan yang berlaku selepas tarikh tamat tempoh.

Bayaran Bersama Bilik dan Makan Dinaikkan

Anda akan perlu membayar 20% daripada kos yang layak jika anda dirawat di hospital dengan bilik dan makanan pada kadar yang diumumkan yang lebih tinggi daripada manfaat yang anda layak.

Pembaharuan sehingga Umur Seratus (100) pada Harijadi berikutnya

Polisi ini boleh diperbaharui setiap tahun mengikut pilihan pemegang polisi sehingga umur seratus (100) dan umur kemasukan terakhir adalah tujuh puluh (70) tahun. Namun, produk boleh ditarik balik dari pasaran menurut Syarat Penarikan Balik Portfolio.

Pelan Perlindungan Ditingkatkan

Permohonan untuk menaikkan ke pelan yang lebih tinggi hanya boleh dilakukan pada pembaharuan dan tertakluk kepada pengunderaitan dan penerimaan oleh Syarikat pada pembaharuan.

Tempoh Ihsan

Meskipun terdapat Syarat Tunai Sebelum Perlindungan, Tempoh Ihsan empat belas (14) hari selepas tarikh tamat tempoh hendaklah diberikan kepada pemegang polisi bagi pembayaran apa-apa premium selepas tahun polisi pertama. Jika mana-mana premium tidak dibayar untuk polisi ini atau untuk apa-apa kontrak tambahan sebelum akhir Tempoh Ihsan, polisi ini dan kontrak tambahan yang berkaitan hendaklah dianggap sebagai tamat pada tarikh tamat tempoh polisi. Walaupun pembayaran dibuat semasa tempoh ihsan apa-apa hilang upaya yang berlaku semasa tempoh dari tarikh tamat tempoh kepada tarikh bayaran tidak akan dibayar.

6. Bolehkan saya memilih untuk dirawat di luar negara?

Polisi ini memberi perlindungan semasa di dalam perjalanan atau semasa tinggal di luar negara tidak melebihi sembilan puluh (90) hari berturut-turut. Namun tiada manfaat akan dibayar jika niat anda adalah untuk mencari rawatan di luar negara sedangkan rawatan boleh diperolehi di tempatan kecuali di tempat itu kerana keadaan kecemasan perubatan atau atas cadangan daripada seorang pakar perubatan perlu dipindahkan ke hospital di luar Malaysia kerana sifat khas perubatan, bantuan, maklumat atau keputusan yang tidak dapat diberikan atau disediakan atau diambil di Malaysia.

Rawatan di luar negara bagi sesuatu penyakit atau kecederaan yang didiagnosis di Malaysia dan keadaan bukan kecemasan atau kronik di mana rawatan boleh ditunda sampai kembali ke Malaysia tidak dilindungi.

Anda boleh memohon untuk memperluaskan polisi anda bagi merangkumi rawatan elektif di Singapura dan Brunei dengan membayar premium beban seperti yang dikenakan oleh Syarikat.

7. Apakah pengecualian penting dibawah polisi ini?

Penyakit sedia ada.

Apa-apa keadaan perubatan atau fizikal yang berlaku dalam tempoh tiga puluh (30) hari pertama perlindungan atau tarikh pengembalian semula bagi orang yang diinsuranskan mengikut mana-mana yang terakhir kecuali untuk kecederaan akibat kemalangan.

Pembedahan plastik/kosmetik, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasaan atau pembedahan (Keratotomy Radial atau Lasik) dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik seperti anggota tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.

Penyakit pergigian termasuk rawatan pergigian atau pembedahan oral kecuali apabila diperlukan kerana kecederaan akibat kemalangan pada gigi asli yang sihat yang berlaku sepenuhnya dalam tempoh insurans.

Penjagaan peribadi, rehat pulih atau jagaan kebersihan, dadah yang tidak dibenarkan, intoksikasi, pensterilan, penyakit venereal dan sekuelanya, AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit) atau ARC (Kompleks Berkaitan AIDS) dan penyakit berkaitan HIV dan apa-apa penyakit berjangkit yang memerlukan kuarantin oleh undang-undang.

Apa-apa rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.

Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, menggugurkan kandungan dan jagaan serta pembedahan pranatal atau postnatum, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pensterilan.

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.

Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.

Perang atau apa-apa tindakan perang, diisytiharkan atau tidak diisytiharkan, aktiviti jenayah atau pengganas, bergiat cergas dalam mana-mana angkatan bersenjata, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan dan kekecohan awam atau penderhakaan tentera.

Radiasi pengionan atau pencemaran melalui radioaktiviti daripada mana-mana bahan api nuklear atau sisa nuklear daripada proses pembelahan nuklear atau daripada apa-apa bahan senjata nuklear.

Belanja yang ditanggung untuk menderma mana-mana organ tubuh oleh orang yang diinsuranskan dan kos pemerolehan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma ketika transplan organ dan komplikasinya.

Penyiasatan dan rawatan gangguan tidur dan dengkur, terapi penggantian hormon dan terapi pilihan seperti rawatan, khidmat atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada khidmat kiropraktik, akupunktur, akutekanan, refleksologi, pengikatan tulang, rawatan pakar herba,urut atau aromaterapi atau rawatan pilihan yang lain.

Jagaan atau rawatan yang pembayarannya tidak dikehendaki atau setakat yang ia dibayar oleh mana-mana insurans lain atau tanggung rugi yang melindungi orang yang diinsuranskan dan hilang upaya yang timbul daripada tugas dalam pekerjaan atau kerjaya yang dilindungi di bawah Kontrak Insurans Pampasan Pekerja.

Psikotik, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).

Kos/belanja bagi khidmat yang bersifat bukan perubatan, seperti televisyen, telefon, khidmat teleks, radio atau kemudahan yang serupa, kit/pek kemasukan dan barang bukan perubatan lain yang tidak layak.

Sakit atau kecederaan yang timbul daripada apa-apa jenis perlumbaan (kecuali perlumbaan jalan kaki), sukan berbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjun di udara, luncur air, aktiviti dalam air yang memerlukan alat pernafasan, sukan musim sejuk, sukan profesional dan aktiviti yang tidak dibenarkan.

Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.

Belanja yang ditanggung untuk menukar jantung.

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

8. Bolehkah saya membatalkan polisi?

Anda boleh membatalkan polisi anda dengan memberikan notis bertulis kepada Syarikat. Selepas pembatalan, anda berhak mendapatkan sejumlah bayaran balik premium dengan syarat anda tidak membuat tuntutan keatas polisi.

<u>Tempoh</u>	<u>Pembayaran Balik Premium Tahunan untuk Polisi tanpa Diskaun Keluarga</u>	<u>Pembayaran Balik Premium Tahunan untuk Polisi dengan Diskaun Keluarga</u>
Tidak melebihi 15 hari	90% (hanya terpakai untuk pembaharuan sahaja)	75% (hanya terpakai untuk pembaharuan sahaja)
Tidak melebihi 1 bulan	80%	65%
Tidak melebihi 2 bulan	70%	55%
Tidak melebihi 3 bulan	60%	45%
Tidak melebihi 4 bulan	50%	35%
Tidak melebihi 5 bulan	40%	25%
Tidak melebihi 6 bulan	30%	15%
Tidak melebihi 7 bulan	25%	10%
Tidak melebihi 8 bulan	20%	5%
Tidak melebihi 9 bulan	15%	Tiada bayaran balik premium
Tidak melebihi 10 bulan	10%	Tiada bayaran balik premium
Tidak melebihi 11 bulan	5%	Tiada bayaran balik premium
Melebihi 11 bulan	Tiada bayaran balik premium	Tiada bayaran balik premium

9. Bagaimana saya membuat tuntutan?

Bayar dulu dan failkan tuntutan anda kepada Syarikat tidak lebih daripada tiga puluh (30) hari dari hilang upaya yang melibatkan belanja boleh tuntutan dengan menyerahkan dokumen sokongan tuntutan berikut:

- i. borang tuntutan yang lengkap
- ii. laporan perubatan yang asal
- iii. invoice hospital atau bil perubatan yang asal
- iv. resit rasmi yang asal
- v. surat rujukan dari pengamal perubatan, jika ada
- vi. apa-apa bukti atau dokumen tuntutan lain
- vii. Borang Kebenaran e-Bayaran

Adalah menjadi tanggungjawab anda dalam membuat tuntutan terhadap polisi.

10. Apa yang perlu saya buat jika ada perubahan dalam alamat atau butiran peribadi?

Adalah penting bahawa anda memberitahu IHM Risk Management Sdn Bhd atau Syarikat tentang segala perubahan dalam alamat atau butiran peribadi anda untuk memastikan bahawa semua surat-menyurat anda tiba pada waktu yang tepat.

11. Di mana saya boleh mendapatkan maklumat lanjut?

Sekiranya anda memerlukan maklumat tambahan mengenai insurans perubatan dan kesihatan, sila rujuk kepada buku *insuranceinfo* mengenai 'Insurans Perubatan dan Kesihatan', yang boleh didapati di mana-mana cawangan Syarikat atau lawati www.insuranceinfo.com.my. Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan lain atau ingin memberikan maklum balas atau membuat aduan, sila hubungi:

IHM Risk Management Sdn Bhd
12 Jalan PJS 8/6, Sunway Mentari, 46150 Petaling Jaya, Selangor Darul Ehsan
Tel: 03-5638 6889 Faks: 03-5638 6879
Emel: support@ihm.com.my
Lamanweb: www.ihm.com.my

atau

The Pacific Insurance Berhad
40-01, Q Sentral, 2A Jalan Stesen Sentral 2,
Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur, Malaysia.
(P.O. Box 12490, 50780 Kuala Lumpur, Malaysia.)
Tel: +603-2633 8999 Faks: +603-2633 8998 Talian Bebas Tol: 1-800-88-1629
Emel: customerservice@pacificinsurance.com.my
Lamanweb: www.pacificinsurance.com.my

Anda juga boleh menghubungi berikut untuk mendapatkan maklumat lanjut, pertanyaan atau jika aduan tersebut tidak dapat diselesaikan:

Director
Jabatan LINK dan Pejabat Wilayah
Bank Negara Malaysia
P.O. Box 10992
50929 Kuala Lumpur
Tel: 1-300-88-5465
Faks: +603-2174 1515
Emel: bnmtelelink@bnm.gov.my

NOTA PENTING:

ANDA PERLU MEYAKINKAN DIRI ANDA BAHAWA POLISI INI DAPAT MEMENUHI KEPERLUAN ANDA DENGAN SEBAIKNYA SERTA BAYARAN PREMIUM DI BAWAH POLISI INI MAMPU DITANGGUNG ANDA. ANDA HARUS MEMBACA DAN MEMAHAMI POLISI INSURANS INI DAN BERBINCANG DENGAN KAKITANGAN PERKHIDMATAN PELANGGAN IHM RISK MANAGEMENT SDN BHD ATAU BERHUBUNG TERUS DENGAN THE PACIFIC INSURANCE BERHAD UNTUK MAKLUMAT LEBIH LANJUT.

Informasi yang disediakan di dalam risalah pemberitahuan produk ini sah berkuatkuasa dari tarikh 1 September 2019. Jika terdapat percanggahan antara versi Bahasa Inggeris dan Bahasa Malaysia, versi Bahasa Inggeris akan digunakan.

Underwritten by:

Diunderait oleh:

PACIFIC INSURANCE

A member of the Fairfax Group

The Pacific Insurance Berhad (91603-K)

**(Licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia /
Dilesenkan dibawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal oleh Bank Negara Malaysia)**

40-01, Q Sentral, 2A Jalan Stesen Sentral 2, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur, Malaysia.

(P.O. Box 12490, 50780 Kuala Lumpur, Malaysia.)

Tel: +603-2633 8999 Fax: +603-2633 8998

Website: www.pacificinsurance.com.my

Email: customerservice@pacificinsurance.com.my

Distributed by:

Diedarkan oleh:



IHM Risk Management Sdn Bhd (600819-D)

PIAM Registered Agent of The Pacific Insurance Berhad /

Agen Berdaftar PIAM The Pacific Insurance Berhad

12, Jalan PJS 8/6 Sunway Mentari

46150 Petaling Jaya, Selangor Darul Ehsan

Tel: 03-5638 6889 Fax: 03-5638 6879

Website: www.ihm.com.my

Email: support@ihm.com.my

Personal Data Protection Act 2010 ("PDPA") Notification to customers of The Pacific Insurance Berhad ("TPIB")

Under the PDPA, there are various requirements that regulate the processing of your personal data. Please refer to www.pacificinsurance.com.my for details of TPIB PDPA privacy notice.

Akta Perlindungan Data Peribadi 2010 ("APDP") Pemberitahuan kepada pelanggan The Pacific Insurance Berhad ("TPIB")

Dibawah APDP, terdapat pelbagai syarat yang mengawal pemprosesan data peribadi. Sila rujuk di www.pacificinsurance.com.my untuk maklumat terperinci notis privasi TPIB APDP.