

## MEDIGUARD SUPREME POLICY

AmGeneral Insurance Berhad ("the Company") in return for the payment of such premiums as described in the Insurance Schedule hereto ("the Insurance Schedule") agrees to pay or grant benefits in accordance with the Schedule of Benefit to the Policyholder (or to the person otherwise entitled thereto) due to hospitalization as a direct result of an accidental bodily injury, illness or disease or sickness subject to the Definitions, Exclusion, Conditions and Endorsements set out herein and subject to any other Conditions specified in the Insurance Schedule.

### PART I - DEFINITIONS

In this Policy where the context so admits the masculine gender shall be deemed to include the feminine, and likewise, the singular word shall be deemed to include the plural and vice versa, and the following words and expressions shall be deemed to have the following meanings:

#### DEFINITIONS

**"Policy"** shall mean the MediGuard Supreme plan. Any supplementary contracts, endorsements, attachments and any amendments thereto (signed by the Company), and the application of the Insured Person attached hereto which together constitute the entire contract between the parties.

**"Company"** shall mean AmGeneral Insurance Berhad.

**"Policyholder"** shall mean a person or a corporate body to whom the Policy has been issued in respect of cover for persons specifically identified as Insured Persons in this Policy.

**"Insured Persons"** shall mean the person described in the Policy Schedule including his Dependant (if applicable).

**"Child"** shall mean any person who has attained the age of 30 days and is an unmarried person, is financially dependent upon the Insured Person and is under the age of 19, or up to the age of 23 for those registered as full time students at a recognized educational institution.

**"Dependant"** shall mean any of the following persons:  
(a) a legally married spouse  
(b) unmarried children over 30 days old but under nineteen (19) years of age or twenty three (23) years of age is still on full-time higher education, and who are not gainfully employed.

**"Commencement Date"** shall mean the date set out in the Insurance Schedule from when the insurance plan under this Policy becomes effective.

**"Policy Year"** shall mean the one year period including the effective date of commencement of Insurance and immediately following that date, or the one year period following the Renewal or Renewed of the Policy.

**"Renewal or Renewed Policy"** shall mean a Policy which has been renewed without any lapse of time upon expiry of a preceding Policy with the same content.

**"Hospital"** shall mean only an establishment duly constituted and registered as a hospital for the care and treatment of sick and injured persons as bed-paying patients, and which:-

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

**"Malaysian Government Hospital"** shall mean a hospital which charges of services are subject to the Fee Act 1951 Fees (Medical) Order 1982 and/or its subsequent amendments if any.

**"Hospitalization"** shall mean admission to a Hospital as a registered in-patient for Medically Necessary treatments for a covered Disability upon recommendation of a physician. A patient shall not be considered as an in-patient if the patient does not physically stay in the hospital for the whole period of confinement.

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

**"Out-Patient"** shall mean the Insured Person is receiving medical care or treatment without being hospitalized and includes treatment in a Daycare centre.

**"Medical Practitioner"** shall mean a physician qualified by a degree in Western Medicine who is legally licensed and qualified to practise medicine and surgery authorized in the geographical area of his practice and authorized by Malaysian Medical Council but excluding a physician who is the Insured Person himself, or the spouse or line relative of the Insured Person.

**"Day"** shall mean definition of a charging day adopted by the hospital concerned.

## MEDIGUARD SUPREME POLICY

**“Day-Surgery”** shall mean a patient who needs the use of a recovery facility for a surgical procedure on a pre-plan basis at the hospital/specialist clinic (but not for overnight stay).

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

- (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.

**“Specified Illnesses”** shall mean the following disabilities and its related complications, occurring within the first 120 days of Insurance of the Insured Person:

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

**“Sickness”, “Disease” or “Illness”** shall mean a physical condition marked by a pathological deviation from the normal healthy state.

**“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.

**“Injury”** shall mean bodily injury caused solely by Accident.

**“Disability”** shall mean a Sickness, Disease, Illness or the entire Injuries arising out of a single or continuous series of causes.

**“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 remain free from further treatment (including drugs, medicines, special diet or injection or advice for the condition) of the Disability for at least ninety (90) days following the latest date of discharge and subsequent Disability from the same cause shall be considered as though it were a new Disability.

**“Accidental Dental Treatment”** shall mean dental procedures necessary to restore or replace sound natural teeth lost or damaged in an accident.

**“Congenital Conditions”** shall mean any medical or physical abnormalities existing at the time of birth, as well as neo-natal physical abnormalities developing within 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.

**“Dentist”** shall mean a person who is duly licensed or registered to practise dentistry in the geographical area in which a service is provided, but excluding a physician or surgeon who is the Insured himself.

**“Specialist”** shall mean a medical or dental practitioner registered and licensed as such in the geographical area of his practice where treatment takes place and who is classified by the appropriate health authorities as a person with superior and special expertise in specified fields of medicine or dentistry, but excluding a physician or surgeon who is the Insured himself.

**“Prescribed Medicines”** shall mean medicines that are dispensed by a Physician, a Registered Pharmacist or a Hospital and which have been prescribed by a Physician or Specialist in respect of treatment for a covered Disability.

**“Doctor or Physician or Surgeon”** shall mean a registered medical practitioner qualified and licensed to practise western medicine and who, in rendering such treatment, is practising within the scope of his licensing and training in the geographical area of practice, but excluding a doctor, physician or surgeon who is the Insured himself.

**“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.

**“Eligible Expenses”** shall mean Medically Necessary expenses incurred due to a covered Disability but not exceeding the limits in the schedule.

**“Medically Necessary”** shall mean a medical service which is:-

- (a) consistent with the diagnosis and customary medical treatment for a covered Disability, and
- (b) in accordance with standards of good medical practice, consistent with current standard of professional medical care, and of proven medical benefits, and

## MEDIGUARD SUPREME POLICY

- (c) not for the convenience of the Insured Person or the Physician, and unable to be reasonably rendered out of hospital (if admitted as an in-patient), and
- (d) not of an experimental, investigational or research nature, preventive or screening nature, and
- (e) for which the charges are fair and reasonable and customary for the Disability.

**“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.

**“Waiting Period”** shall mean first 30 days between the beginning of an Insured Person’s Disability and the commencement of this Policy date/reinstatement date and is applied only when the person is first covered. This shall not be applicable after the first year of cover. However, if there is a break in insurance, the Waiting Period will apply again.

**“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 set forth in the Schedule of Benefit irrespective of a type/types of Disability. In the event the Overall Annual Limit having been fully paid, all insurance for the Insured Person hereunder shall immediately cease to be payable for the remaining Policy year.

**“Lifetime Limit”** shall mean the maximum amount payable in the lifetime of the Insured Person. Once the lifetime limit is reached, the policy is automatically terminated. Where stated in the Policy, the lifetime limit shall apply.

**“Deductible”** Deductible is the amount payable by Insured Person in respect of expenses incurred before any benefits are paid under the Policy for each policy year. The deductible applicable to this Policy is set out in the Schedule of Benefit. Any co-insurance will not apply towards meeting the Deductible.

### **“General Terms For Critical Illnesses”**

- I. Irreversible** means cannot be reasonably improved upon by medical treatment and/or surgical procedures consistent with the current standard of the medical services available in Malaysia.
- II. Permanent** means expected to last throughout the lifetime of the Life Assured.
- III. Permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms** means symptoms of dysfunction in the nervous system that are

present on clinical examination and expected to last throughout the lifetime of the Life Assured. Symptoms that are covered include numbness, paralysis, localised weakness, dysarthria (difficulty with speech), aphasia (inability to speak), dysphagia (difficulty swallowing), visual impairment, difficulty in walking, lack of coordination, tremor, seizures, dementia, delirium and coma.

### **IV. Activities of Daily Living (ADL) are as follows:**

- (i) **Transfer**  
Getting in and out of a chair without requiring physical assistance.
- (ii) **Mobility**  
The ability to move from room to room without requiring any physical assistance.
- (iii) **Continence**  
The ability to voluntarily control bowel and bladder functions such as to maintain personal hygiene.
- (iv) **Dressing**  
Putting on and taking off all necessary items of clothing without requiring assistance of another person.
- (v) **Bathing/Washing**  
The ability to wash in the bath or shower (including getting in or out of the bath or shower) or wash by any other means.
- (vi) **Eating**  
All tasks of getting food into the body once it has been prepared.

**V. Assessment Period** means the period during which the insurer will assess a condition before deciding whether or not the condition qualifies as being permanent. The assessment period will be for the minimum period time frame stated in the relevant definition and will not be longer than twelve (12) months (provided all required evidence has been submitted).

### **“Definition of Critical Illnesses”**

#### **I. Stroke – resulting in permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms**

Death of brain tissue due to inadequate blood supply, bleeding within the skull or embolization from an extra cranial source resulting in permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms. The diagnosis must be based on changes seen in a CT scan or MRI and certified by a neurologist. A minimum Assessment Period of three (3) months applies.

For the above definition, the following are not covered:

- (i) Transient ischemic attacks
- (ii) Cerebral symptoms due to migraine
- (iii) Traumatic injury to brain tissue or blood vessels
- (iv) Vascular disease affecting the eye or optic nerve or vestibular functions.

# MEDIGUARD SUPREME POLICY

## II. Heart Attack – of specified severity

Death of heart muscle, due to inadequate blood supply, that has resulted in all of the following evidence of acute myocardial infarction:

- (i) A history of typical chest pain;
- (ii) New characteristic electrocardiographic changes; with the development of any of the following: ST elevation or depression, T wave inversion, pathological Q waves or left bundle branch block and
- (iii) Elevation of the cardiac biomarkers, inclusive of CPK-MB above the generally accepted normal laboratory levels or Troponins recorded at the following levels or higher:
  - Cardiac Troponin T or Cardiac Troponin I > / = 0.5 ng/ml

The evidence must show the occurrence of a definite acute myocardial infarction which should be confirmed by a cardiologist or physician.

For the above definition, the following are not covered:

- occurrence of an acute coronary syndrome including but not limited to unstable angina.
- a rise in cardiac biomarkers resulting from a percutaneous procedure for coronary artery disease.

## III. Kidney Failure – requiring dialysis or kidney transplant

End-stage kidney failure presenting as chronic irreversible failure of both kidneys to function, as a result of which regular dialysis is initiated or kidney transplantation is carried out.

## IV. Cancer – of specified severity and does not cover very early cancers

Any malignant tumour positively diagnosed with histological confirmation and characterized by the uncontrolled growth of malignant cells and invasion of tissue. The term malignant tumour includes leukemia, lymphoma and sarcoma.

For the above definition, the following are not covered:

- (i) All cancers which are histologically classified as any of the following:
  - pre-malignant
  - non-invasive
  - carcinoma in situ
  - having borderline malignancy
  - having malignant potential
- (ii) All tumours of the prostate histologically classified as T1N0M0 (TNM classification)
- (iii) All tumours of the thyroid histologically classified as T1N0M0 (TNM classification)
- (iv) All tumours of the urinary bladder histologically classified as T1N0M0 (TNM classification)

- (v) Chronic Lymphocytic Leukemia less than RAI Stage 3
- (vi) All cancers in the presence of HIV
- (vii) Any skin cancer other than malignant melanoma.

## V. Coronary Artery By-Pass Surgery

Refers to the actual undergoing of open-chest surgery to correct or treat Coronary Artery Disease (CAD) by way of coronary artery by-pass grafting.

For the above definition, the following are not covered:

- (i) angioplasty;
- (ii) other intra-arterial or catheter based techniques;
- (iii) keyhole procedures;
- (iv) laser procedures.

## VI. Serious Coronary Artery Disease

The narrowing of the lumen of Right Coronary Artery (RCA), Left Anterior Descending Artery (LAD) and Circumflex Artery (not inclusive of their branches) occurring at the same time by a minimum of sixty percent (60%) in each artery as proven by coronary arteriography (non-invasive diagnostic procedures are not covered). A narrowing of sixty percent (60%) or more of the Left Main Stem will be considered as a narrowing of the Left Anterior Descending Artery (LAD) and Circumflex Artery. This covered event is payable regardless of whether or not any form of coronary artery surgery has been performed.

## VII. Angioplasty and other invasive treatments for coronary artery disease

The actual undergoing for the first time of Coronary Artery Balloon Angioplasty, arterectomy, laser treatment or the insertion of a stent to correct a narrowing or blockage of one or more coronary arteries as shown by angiographic evidence.

Intra-arterial investigative procedures are not covered. Payment under this clause is limited to ten percent (10%) of the Critical Illness coverage under this policy subject to a maximum of RM25,000. This covered event is payable once only and shall be deducted from the amount of this Contract, thereby reducing the amount of the Lump Sum Payment which may be payable.

## VIII. End-Stage Liver Failure

End-stage liver failure as evidenced by all of the following:

- Permanent jaundice;
- Ascites (excessive fluid in peritoneal cavity); and,
- Hepatic encephalopathy.

Liver failure secondary to alcohol or drug abuse is not covered.

# MEDIGUARD SUPREME POLICY

## IX. Fulminant Viral Hepatitis

A sub-massive to massive necrosis (death of liver tissue) caused by any virus as evidenced by all of the following diagnostic criteria:

- (i) A rapidly decreasing liver size as confirmed by abdominal ultrasound;
- (ii) Necrosis involving entire lobules, leaving only a collapsed reticular framework;
- (iii) Rapidly deteriorating liver functions tests; and
- (iv) Deepening jaundice.

Viral hepatitis infection or carrier status alone (inclusive but not limited to Hepatitis B and Hepatitis C) without the above diagnostic criteria is not covered.

## X. Coma – resulting in permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms

A state of unconsciousness with no reaction to external stimuli or internal needs, persisting continuously for at least ninety six (96) hours, requiring the use of life support systems and resulting in a permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms. A minimum Assessment Period of thirty (30) days applies. Confirmation by a neurologist must be present.

The following is not covered:

- (i) Coma resulting directly from alcohol or drug abuse.

## XI. Benign Brain Tumor – of specified severity

A benign tumour in the brain or meninges within the skull, where all of the following conditions are met:

- (i) It is life threatening.
- (ii) It has caused damage to the brain.
- (iii) It has undergone surgical removal or has caused permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms; and
- (iv) Its presence must be confirmed by a neurologist or neurosurgeon and supported by findings on MRI, CT or other reliable imaging techniques.

The following are not covered:

- (i) Cysts
- (ii) Granulomas
- (iii) Malformations in or of the arteries or veins of the brain
- (iv) Hematomas
- (v) Tumours in the pituitary gland
- (vi) Tumours in the spine
- (vii) Tumours of the acoustic nerve.

## XII. Paralysis of limbs

Total, permanent and irreversible loss of use of both arms or both legs, or of one arm and one leg, through paralysis caused by illness or injury. A minimum Assessment Period of six (6) months applies.

## XIII. Blindness – Permanent and Irreversible

Permanent and irreversible loss of sight as a result of accident or illness to the extent that even when tested with the use of visual aids, vision is measured at 3/60 or worse in both eyes using a Snellen eye chart or equivalent test and the result must be certified by an ophthalmologist.

## XIV. Deafness – Permanent and Irreversible

Permanent and irreversible loss of hearing as a result of accident or illness to the extent that the loss is greater than 80 decibels across all frequencies of hearing in both ears. Medical evidence in the form of an audiometry and sound-threshold tests result must be provided and certified by an Ear, Nose, and Throat (ENT) specialist.

## XV. Third Degree Burns – of specified severity

Third degree (i.e. full thickness) skin burns covering at least twenty percent (20%) of the total body surface area.

## XVI. End-Stage Lung Disease

End-stage lung disease causing chronic respiratory failure.

All of the following criteria must be met:

- (i) The need for regular oxygen treatment on a permanent basis;
- (ii) Permanent impairment of lung function with a consistent Forced Expiratory Volume (FEV) of less than 1 liter during the first second;
- (iii) Shortness of breath at rest; and
- (iv) Baseline Arterial Blood Gas analysis with partial oxygen pressures of 55mmHg or less.

## XVII. Encephalitis – resulting in permanent inability to perform Activities of Daily Living

Severe inflammation of brain substance, resulting in permanent functional impairment. The permanent functional impairment must result in an inability to perform at least three (3) of the Activities of Daily Living. A minimum Assessment Period of thirty (30) days applies. The covered event must be certified by a neurologist.

Encephalitis in the presence of HIV infection is not covered.

## XVIII. Major Organ / Bone Marrow Transplant

The receipt of a transplant of:

- Human bone marrow using hematopoietic stem cells preceded by total bone marrow ablation; or
- One of the following human organs: heart, lung, liver, kidney, pancreas that resulted from irreversible end-stage failure of the relevant organ.

Other stem cell transplants are not covered.



## MEDIGUARD SUPREME POLICY

### **XIX. Loss of Speech**

Total, permanent and irreversible loss of the ability to speak as a result of injury or illness. A minimum Assessment Period of six (6) months applies. Medical evidence to confirm injury or illness to the vocal cords to support this disability must be supplied by an Ear, Nose, and Throat specialist.

All psychiatric related causes are not covered.

### **XX. Brain Surgery**

The actual undergoing of surgery to the brain under general anesthesia during which a craniotomy (surgical opening of skull) is performed.

For the above definition, the following are not covered:

- (i) Burr hole procedures
- (ii) Transphenoidal procedures
- (iii) Endoscopic assisted procedures or any other minimally invasive procedures
- (iv) Brain surgery as a result of an accident.

### **XXI. Heart Valve Surgery**

The actual undergoing of open-heart surgery to replace or repair cardiac valves as a consequence of heart valve defects or abnormalities.

For the above definition, the following are not covered:

- (i) Repair via intra-arterial procedure
- (ii) Repair via key-hole surgery or any other similar techniques.

### **XXII. Terminal Illness**

The conclusive diagnosis of a condition that is expected to result in death of the Life Assured within twelve (12) months. The Life Assured must no longer be receiving active treatment other than that for pain relief. The diagnosis must be supported by written confirmation from an appropriate specialist and confirmed by the Company's appointed doctor.

### **XXIII. Loss of Independent Existence**

Confirmation by an appropriate specialist of the loss of independent existence and resulting in a permanent inability to perform at least three (3) of the Activities of Daily Living. A minimum Assessment Period of six (6) months applies.

### **XXIV. Bacterial Meningitis - resulting in permanent inability to perform Activities of Daily Living**

Bacterial meningitis causing inflammation of the membranes of the brain or spinal cord resulting in permanent functional impairment. The permanent functional impairment must result in an inability to perform at least three (3) of the Activities of Daily Living. A minimum Assessment Period of thirty (30) days applies.

The diagnosis must be confirmed by:

- (i) an appropriate specialist; and
- (ii) the presence of bacterial infection in the cerebrospinal fluid by lumbar puncture.

For the above definition, other forms of meningitis, including viral meningitis are not covered.

### **XXV. Major Head Trauma - resulting in permanent inability to perform Activities of Daily Living**

Physical head injury resulting in permanent functional impairment verified by a neurologist. The permanent functional impairment must result in an inability to perform at least three (3) of the Activities of Daily Living. A minimum Assessment Period of three (3) months applies.

### **XXVI. Chronic Aplastic Anemia - resulting in permanent Bone Marrow Failure**

Irreversible permanent bone marrow failure which results in anemia, neutropenia and thrombocytopenia requiring at least two (2) of the following treatments:

- (i) Regular blood product transfusion;
- (ii) Marrow stimulating agents;
- (iii) Immunosuppressive agents; or
- (iv) Bone marrow transplantation.

The diagnosis must be confirmed by a bone marrow biopsy.

### **XXVII. Motor Neuron Disease - permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms**

A definite diagnosis of motor neuron disease by a neurologist with reference to either spinal muscular atrophy, progressive bulbar palsy, amyotrophic lateral sclerosis or primary lateral sclerosis. There must be permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms.

### **XXVIII. Parkinson's Disease - resulting in permanent inability to perform Activities of Daily Living**

A definite diagnosis of Parkinson's Disease by a neurologist where all the following conditions are met:

- (i) Cannot be controlled with medication;
- (ii) Shows signs of progressive impairment; and
- (iii) Confirmation of the permanent inability of the Life Assured to perform without assistance three (3) or more of the Activities of Daily Living.

Only idiopathic Parkinson's Disease is covered. Drug-induced or toxic causes of Parkinsonism are not covered.

## MEDIGUARD SUPREME POLICY

### **XXIX. Alzheimer's Disease/Severe Dementia**

Deterioration or loss of intellectual capacity confirmed by clinical evaluation and imaging tests arising from Alzheimer's Disease or Severe Dementia as a result of irreversible organic brain disorders. The covered event must result in significant reduction in mental and social functioning requiring continuous supervision of the Life Assured. The diagnosis must be clinically confirmed by a neurologist.

From the above definition, the following are not covered:

- (i) Non organic brain disorders such as neurosis
- (ii) Psychiatric illnesses
- (iii) Drug or alcohol related brain damage

### **XXX. Muscular Dystrophy**

The definite diagnosis of a Muscular Dystrophy by a Neurologist which must be supported by all of the following:

- (i) Clinical presentation of progressive muscle weakness
- (ii) No central/peripheral nerve involvement as evidenced by absence of sensory disturbance
- (iii) Characteristic electromyogram and muscle biopsy findings

No benefit will be payable under this Covered Event before the Life Assured has reached the age of 12 years next birthday.

### **XXXI. Surgery to Aorta**

The actual undergoing of surgery via a thoracotomy or laparotomy (surgical opening of thorax or abdomen) to repair or correct an aortic aneurysm, an obstruction of the aorta or a dissection of the aorta. For this definition, aorta shall mean the thoracic and abdominal aorta but not its branches.

For the above definition, the following are not covered:

- (i) angioplasty;
- (ii) other intra-arterial or catheter based techniques;
- (iii) other keyhole procedures;
- (iv) laser procedures

### **XXXII. Multiple Sclerosis**

A definite diagnosis of multiple sclerosis by a neurologist. The diagnosis must be supported by all of the following:

- Investigations which confirm the diagnosis to be Multiple Sclerosis;
- Multiple neurological deficits resulting in impairment of motor and sensory functions occurring over a continuous period of at least 6 months; and
- Well documented history of exacerbations and remissions of said symptoms or neurological deficits.

### **XXXIII. Primary Pulmonary Arterial Hypertension – of specified severity**

A definite diagnosis of primary pulmonary arterial hypertension with substantial right ventricular enlargement established by investigations including cardiac catheterization, resulting in permanent physical impairment to the degree of at least Class III of the New York Heart Association (NYHA) classification of cardiac impairment.

Pulmonary arterial hypertension resulting from other causes shall be excluded from this benefit.

The NYHA Classification of Cardiac Impairment for Class III and Class IV means the following:

- Class III: Marked limitation of physical activity. Comfortable at rest but less than ordinary activity causes symptoms.
- Class IV: Unable to engage in any physical activity without discomfort. Symptoms may be present even at rest.

### **XXXIV. Medullary Cystic Disease**

A progressive hereditary disease of the kidney characterized by the presence of cysts in the medulla, tubular atrophy and interstitial fibrosis with the clinical manifestations of anemia, polyuria and renal loss of sodium, progressing to chronic kidney failure. Diagnosis must be supported by a renal biopsy.

### **XXXV. Cardiomyopathy – of specified severity**

A definite diagnosis of cardiomyopathy by a cardiologist which results in permanently impaired ventricular function and resulting in permanent physical impairment of at least Class III of the New York Heart Association's classification of cardiac impairment. The diagnosis has to be supported by echocardiographic findings of compromised ventricular performance.

The NYHA Classification of Cardiac Impairment for Class III and Class IV means the following:

- Class III: Marked limitation of physical activity. Comfortable at rest but less than ordinary activity causes symptoms.
- Class IV: Unable to engage in any physical activity without discomfort. Symptoms may be present even at rest.

Cardiomyopathy directly related to alcohol or drug abuse is not covered.

### **XXXVI. Systemic Lupus Erythematosus With Severe Kidney Complications**

A definite diagnosis of Systemic Lupus Erythematosus confirmed by a rheumatologist.

## MEDIGUARD SUPREME POLICY

For this definition, the covered event is payable only if it has resulted in Type III to Type V Lupus Nephritis as established by renal biopsy. Other forms such as discoid lupus or those forms with only hematological or joint involvement are not covered.

WHO Lupus Classification:

Type III - Focal Segmental glomerulonephritis

Type IV - Diffuse glomerulonephritis

Type V - Membranous glomerulonephritis

### EXCLUSION OF CRITICAL ILLNESSES

This provision does not cover the following occurrences:

- i. An episode of coronary artery or ischaemic heart disease that occurred before the Issue Date or any reinstatement date of Policy, whichever is later.
- ii. Diagnosis of the disease within sixty (60) days from the Issue Date or any reinstatement date of this Policy, whichever is later
- iii. Other than the first incidence of the critical illnesses.
- iv. Diagnosis of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS Related Complex (ARC) regardless of how this syndrome was acquired or may be named.

## PART II – BENEFIT EXTENT AND CONDITIONS OF PAYMENT

### HOSPITAL ROOM AND BOARD

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

### INTENSIVE CARE UNIT

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

### SURGICAL FEES

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for a Medically Necessary surgery by the Specialists, including pre-surgical assessment Specialist's visits to the Insured Person and post-surgery care up to the maximum number of days from the date of surgery, but within the maximum indicated in the Schedule of Benefit. If more than one surgery is performed for Any One Disability, the total payments for all the surgeries performed shall not exceed the maximum set forth in the Schedule of Benefit.

### OPERATING THEATRE

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

### ANAESTHETIST FEE

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 Benefit.

### PRE-HOSPITAL DIAGNOSTIC TESTS

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

This Benefit shall not be payable if such expenses incurred has been reimbursed under Out-patient Clinical Benefits, if the Insured Person have been provided with such Supplementary Out-patient Clinical Benefits as set forth in the Policy Schedule and Schedule of Benefit. However, any amount in excess of the maximum payable under Out-patient Clinical Benefits shall be reimbursable under this Benefit, subject to the maximum number of days and amount as set forth in the Schedule of Benefit.

### PRE-HOSPITAL SPECIALIST CONSULTATION

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

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



## MEDIGUARD SUPREME POLICY

This Benefit shall not be payable if such expenses incurred has been reimbursed under Out-patient Clinical Benefits, if the Insured Person have been provided with such Supplementary Out-patient Clinical Benefits as set forth in the Policy Schedule and Schedule of Benefit. However, any amount in excess of the maximum payable under Out-patient Clinical Benefits shall be reimbursable under this Benefit, subject to the maximum number of days and amount as set forth in the Schedule of Benefit.

### **IN-HOSPITAL PHYSICIAN VISIT**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges by a Physician for Medically Necessary visiting a in-paying patient while confined for a non-surgical Disability subject to a maximum of 2 visits per day not exceeding the maximum number of days as set forth in the Schedule of Benefit.

### **POST-HOSPITALIZATION TREATMENT**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred in Medically Necessary follow-up treatment by the same attending Physician, within the maximum number of days and amount as set forth in the Schedule of Benefit immediately following discharge from Hospital for a non-surgical Disability.

### **HOSPITAL SUPPLIES & SERVICES**

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

### **PRESCRIBED MEDICINES**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for medicines that are dispensed by a Physician, a Registered Pharmacist or a Hospital and which have been prescribed by a Physician or Specialist in respect of treatment for a covered Disability during in-patient stay. This shall include medicines prescribed during the follow-up treatment but shall not exceed the supply needed for the maximum number of days as set forth in the Schedule of Benefit.

### **AMBULANCE FEES**

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

### **DAILY-CASH ALLOWANCE AT GOVERNMENT HOSPITAL**

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

### **MEDICAL REPORT**

Reimburses the expenses incurred for pursuing the medical report up to the maximum amount as set forth in the Schedule of Benefit.

### **GOVERNMENT SERVICE TAX**

Reimburses the Government tax on reimbursable charges actually incurred. In any case, tax reimbursable shall be limited to the amount of tax based on the maximum Hospital Room and Board benefit of designated plan.

### **INSURED CHILD'S DAILY GUARDIAN BENEFIT**

Reimburses (up to stipulated limits set forth on the Schedule of Benefit) the expenses for meals and lodging incurred to accompany an Insured Person (age as set forth in the Schedule of Benefit) in the hospital up to the maximum number of days set forth in the Schedule of Benefit.

### **ANNUAL OUT-PATIENT KIDNEY DIALYSIS TREATMENT**

If an Insured is diagnosed with Kidney Failure as defined below, the Company will reimburse the Reasonable and Customary Charges incurred for the Medically Necessary treatment of kidney dialysis performed at a legally registered dialysis centre subject to the limit of this Disability as specified in the Schedule of Benefit.

Such treatment (dialysis excluding consultation, examination tests, take home drugs) must be received at the out-patient department of a Hospital or a registered dialysis treatment centre immediately following discharge from Hospital confinement or surgery.

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

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

# MEDIGUARD SUPREME POLICY

## **ANNUAL OUT-PATIENT CANCER TREATMENT**

If an Insured is diagnosed with Cancer as per Definition Of Critical Illnesses, the Company will reimburse the Reasonable and Customary Charges incurred for the Medically Necessary treatment of cancer performed at a legally registered cancer treatment centre subject to the limit of this Disability as specified in the Schedule of Benefit.

Such treatment (radiotherapy or chemotherapy excluding consultation, examination tests, take home drugs) must be received at the out-patient department of a Hospital or a registered cancer treatment centre immediately following discharge from Hospital confinement or surgery.

## **ORGAN TRANSPLANT**

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

## **HOME NURSING**

A home nursing benefit shall be payable if care is provided under a plan established and periodically reviewed by a Registered Medical Practitioner and is only payable after a minimum of three (3) days' hospitalization beginning within seven (7) days of hospital discharge. The benefit payable shall equal the actual charges made but in no event shall the benefit exceed a maximum of twenty (20) weeks and the maximum amount set forth in the Schedule of Benefit for Any One Disability.

Home Nursing Care covered under this Policy includes:

- Physical, occupational, or speech therapies;
- Part-time or intermittent nursing care provided under the supervision of a registered nurse;
- Part-time or intermittent services of a home health aide;
- Medical social services provided under the direct supervision of a physician.

Custodial care, meals, general housekeeping services, companions, and personal comfort items are excluded.

## **OUT-PATIENT PHYSIOTHERAPY TREATMENT**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for out-patient physiotherapy treatment rendered after surgery or in-hospital treatment, within the maximum number of days and amount as set forth in the Schedule of Benefit from the date of hospital discharge or surgery for any one Disability, provided that the said out-patient physiotherapy treatment is referred in writing by a licensed specialist physician.

## **EMERGENCY ACCIDENTAL OUT-PATIENT TREATMENT**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for up to the maximum set forth in the

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

## **EMERGENCY DENTAL OUT-PATIENT TREATMENT**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for up to the maximum set forth in the Schedule of Benefit, as a result of accidental injuries to sound natural teeth for Medical Necessary treatment as an out-patient at any registered dental clinic or hospital within 24 hours of the Accident. Follow-up treatment by the same dentist at the same registered dental clinic or Hospital will be provided up to the maximum amount and the maximum number of days as set forth in the Schedule of Benefit. Subsequent restorative, periodontal, orthodontal and prosthodontal services are not covered.

## **DOUBLE OVERALL ANNUAL LIMIT (DUE TO CRITICAL ILLNESSES )**

Upon diagnosis of Critical Illnesses as defined in this Policy, this benefit doubles the current Overall Annual Limit for the plan type selected.

## **ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS)**

If an Insured Person has been hospitalized and diagnosed of AIDS with all illnesses or diseases in the presence of the Human Immune-Deficiency Virus (HIV) or AIDS Related Complex (ARC) and certified by the hospital practitioner, the benefit shall be paid only once during the Insured Person lifetime and in full sum as set forth in the Schedule of Benefit.

## **HEALTH SCREENING**

This Benefit allows the Insured Person to seek a pre-determined health screening, consisting blood and urine tests, from the service provider appointed by Company once every Policy year for as long as this Policy remains in force.

This Health Screening benefit is not guaranteed and the Company reserves the right to revise, suspend, remove or cancel this benefit at anytime by delivering a written notice of the same by ordinary post to the last known address of Policyholder as informed to the Company. In such circumstances, the premiums shall be adjusted accordingly, if deemed necessary by the Company.

## **MEDICAL SECOND OPINION BENEFIT (DUE TO CRITICAL ILLNESSES)**

Upon diagnosis of Critical Illnesses as defined in this Policy, this Benefit allows the Insured Person to seek a second medical opinion on his/her diagnosed medical condition from the service provider's appointed medical specialists once every Policy year for as long as this Policy remains in force. Through this Benefit, the Insured Person can access an exclusively assembled panel of appointed medical specialists in defined specialists and medical facilities subject to the following terms and conditions:

# MEDIGUARD SUPREME POLICY

- (a) the Insured Person will be provided a comprehensive treatment recommendation plan for their health conditions;
- (b) any costs incurred in order to obtain the medical visual material (such as x-rays, CT and MRI scans, ultrasound images and so forth) are not covered by the Company;
- (c) use of Medical Second Opinion Benefit shall not be taken as admission by the Company of Critical Illnesses claim or Surgical Benefit
- (d) In the case the service provider ceases to provide the second opinion service, the Company shall find a suitable service provider to continue to provide the service.
- (e) This Medical Second Opinion Benefit is not guaranteed and the Company reserves the right to revise, suspend, remove or cancel this benefit at anytime by delivering a written notice of the same by ordinary post to the last known address of Policyholder as informed to the Company. In such circumstances, the premiums shall be adjusted accordingly, if deemed necessary by the Company.
- (f) Each Insured Person is only entitled to one Medical Second Opinion per policy year irrespective of the number of policies/plans he/she owns with the Company.

## **Exclusions Of Medical Second Opinion Benefit**

The Company does not cover Second Opinion Benefit on any Critical Illnesses related to or caused directly or indirectly, wholly or partly, by any of the following occurrences:

- (i) Any illness other than the occurrence of Critical Illnesses as defined in this policy;
- (ii) Any Critical Illnesses the signs or symptoms of which first occurred prior to, or within sixty (60) days following, the Effective Date;
- (iii) Any Critical Illnesses which was diagnosed due, directly or indirectly, to Congenital Conditions or disease which has manifested or was diagnosed before the Policy Effective Date;
- (iv) Any of the Critical Illnesses or covered surgeries defined herein which is caused by a self-inflicted injury; and
- (v) The diagnosis of Critical Illnesses of the Insured Person, where in the opinion of the Company was directly or indirectly due to an Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or infection by any Human Immunodeficiency Virus (HIV).

## **FULL REIMBURSEMENT FOR GOVERNMENT HOSPITAL**

All admission to government hospital will not be subject to any limit for expenses incurred but limited to the Overall Annual Limit for plan type selected.

## **NO CLAIM BONUS (NCB)**

Increases Overall Annual Limit by 5% annually, up to maximum 50% of first policy year's Overall Annual Limit, provided no claim is submitted on previous policy year, and the policy is in force continuously without any lapsation and reinstatement.

## **PART III – LIMITATIONS AND EXCLUSIONS**

**BENEFITS LIMIT** Benefits payable in respect of expenses incurred for treatment provided to an Insured Person during the Period of Insurance shall be limited to the

- i. **REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGES** for the treatment provided and no benefit shall be payable if the hospital confinement upon which the claim is based is not related to the diagnosis and treatment of the condition for which hospital confinement is required by the attending medical practitioner;
- ii. Benefit limit set forth in the Schedule of Benefit of this Policy in accordance with the Insured Person's Plan Type as specified in the Insurance Schedule of attached hereto; and
- iii. Overall Annual Limits set forth in the Schedule of Benefit of this Policy in accordance with the Insured Person's Plan Type as specified in the Insurance Schedule attached hereto.

## **MINIMUM PERIOD OF CONFINEMENT**

Upon the recommendation of a physician, each hospital confinement must be for a minimum period of twelve (12) consecutive hours before any benefits are payable. However, no minimum period of hospital confinement is required if such confinement is in connection with a surgical operation or accidental emergency treatment.

## **EXCLUSIONS**

This Policy 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.
2. Specified Illnesses occurring during the first 120 days of continuous cover.
3. Any medical or physical conditions arising within the first 30 days of the Insured Person's cover or date reinstatement whichever is latest except for accidental injuries.
4. Plastic/Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness (Radial Keratotomy or Lasik) and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof.
5. Dental conditions including dental treatment or oral surgery except as necessitated by Accidental Injuries to sound natural teeth occurring wholly during the Period of Insurance.
6. Private nursing, rest cures or 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, except the lump sum benefit upon its diagnosis as stated in Schedule Of Benefit, and any communicable diseases required quarantine by law.

## MEDIGUARD SUPREME POLICY

7. Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions.
8. Pregnancy, child birth (including surgical delivery), miscarriage, abortion, 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.
9. 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.
10. Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while sane or insane.
11. War or any act of war, declared or undeclared, criminal or terrorist activities, active duty in any armed forces, direct participation in strikes, riots and civil commotion or insurrection.
12. Ionizing radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any nuclear weapons material.
13. Expenses incurred for 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.
14. Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical service or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bonesetting, herbalist treatment, massage or aroma therapy or other alternative treatment.
15. Care or treatment for which payment is not required or to the extent which is payable by any other insurance or indemnity covering the Insured Person and Disabilities arising out of duties of employment or profession that is covered under a Workman's Compensation Insurance Contract.
16. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
17. 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.
18. 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.
19. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.
20. Expenses incurred for sex changes.

## PART IV – CLAIMS PROCEDURES

### 1. EVENTS LEADING TO CLAIMS

- (a) The Insured Person shall within 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.

### 2. INCOMPLETE CLAIMS

All claims must be submitted to the Company within 30 days of completion of the events for which the claim is being made. Claims are not deemed complete and Eligible Benefits are not payable unless all bills for such claims have been submitted and agreed upon by the Company. Only actual costs incurred shall be considered for reimbursement. Any variation or waiver of the foregoing shall be at the Company's sole discretion.

### 3. CURRENCY OF PAYMENT

All payments under this Policy shall be made in the legal currency of Malaysia. Should any payment be requested by the Insured Person to be payable in any other currency, then such amount shall be payable in the demand currency as may be purchased in Malaysia at the prevailing currency market rates on the date of the claim settlement.



# MEDIGUARD SUPREME POLICY

## 4. PAYMENT OF CLAIM

Payment of claim will be made by cheque to the Policyholder, or to another party at the request of the Policyholder but subject to approval of the Company. Benefits shall be payable only after Hospitalization has ceased, except where Hospitalization exceeds thirty (30) days, the Company may make periodic payments while Hospitalization continues, on receipt of appropriate hospital bills from the Insured Person.

## PART V – OTHER POLICY PROVISIONS

This Policy and the 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 Schedules 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 alterations in the terms of this Policy or any endorsement thereon, will be held valid unless the same is signed or initialed 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 Person and in so far as they relate to anything to be done or complied with by the Insured Person shall be conditions precedent to any liability of the Company.

### ADDITION OF INSURED PERSONS

Dependants of the Policyholder who are eligible to be Insured Person shall, from time to time this Policy is in force, be included as an Insured Person(s) of this Policy if:-

- (a) the Policyholder requests such inclusion;
- (b) the Dependants are eligible to be Insured Person in accordance with terms and standards of acceptance by the Company; and
- (c) the required additional premium is paid.

### PERIOD OF COVER AND RENEWAL (conditional renewable policy with portfolio pricing)

This Policy shall become effective as of 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.

This Policy will be renewable at the option of Policyholder subject to the terms, conditions and termination at each of the anniversary of the Policy date. The renewal premiums payable is not guaranteed and the Company reserves the right to revise the premium rate applicable at the time of renewal by giving a 30 days written notice. Such changes, if any shall be applicable to all Policyholders irrespective of their claim experience according to the Company's risk assessment.

This Policy is renewable at the option of Policyholder until the occurrence of any of the following:

- (a) non payment of premium or premium not made on time
- (b) fraud or misrepresentation of material fact during application
- (c) the Policy is cancelled at the request of the Policyholder
- (d) total claims of the Policy have reached the lifetime limit specified and/or on the death of the Insured Person
- (e) the Insured Person ceases to qualify as a dependant based on the definition of the Policy
- (f) the Insured Person attains the coverage age limit specified
- (g) termination of coverage for all Policies in a certain market and the Company withdraws this Policy completely from the market in accordance with the Portfolio Withdrawal Condition (where 30 days cancellation notice in writing shall be given to the Policyholder).

### GEOGRAPHICAL TERRITORY

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

### OVERSEAS TREATMENT

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

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

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

### SUCCEEDING POLICYHOLDER

In the event of death of the Policyholder while this Policy is in force, the Policyholder's legal spouse if at the time is an Insured Person, shall automatically become the Policyholder and all references in this Policy to the Policyholder shall thereafter mean such spouse.

### PREMIUM

During the Period of Insurance, the premium for insurance under this Policy shall be based upon the Premium Rates shown in the Insurance Schedule.



## MEDIGUARD SUPREME POLICY

Premiums are payable annually in advance by the Policyholder unless otherwise approved or stated by the Company. The first premium shall be payable at the Commencement Date or otherwise stated by the Company and subsequent premiums shall be due and payable at the start of each subsequent Policy Year.

The Company shall have the right to change the rate at which premiums shall be calculated, on any Policy Renewal Date, provided the rate that is then being charged has been in effect for at least twelve (12) months and provided further that the Company notifies the Policyholder at least thirty (30) days in advance of the date such premium is due.

### RENEWAL

It shall not be incumbent on the Company to give notice that any premium for renewal is due and such premium shall be deemed to be due on the date on which the policy expires and must be paid within 14 days thereafter. However, during such 14 days the Company shall remain liable there under if by the last of such days the premium is actually paid unless the Company or the Insured Person shall have given notice that the Insurance would not be renewed.

Application for change of benefits to a higher plan can only be made on renewal and is subject to acceptance by the Company upon renewal.

### REINSTATEMENT

After termination of the Policy or any of the supplementary contracts, the Policyholder may apply for reinstatement which shall be subjected to the consent of the Company and to the terms and conditions which the Company may impose.

### ALTERATIONS

The Company reserves the right to amend the terms and provisions of this Policy by giving a 30 days prior notice in writing by ordinary post to the Owner's last known address in the Company's records, 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 insurer should give 30 days prior written notice to the Policyholder according to the last recorded address for any alterations made.

### 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 follows:-

Period Not Exceeding	Refund of Annual Premium
15 days	90% (applicable to renewal only)
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

### CERTIFICATION, INFORMATION AND EVIDENCE

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

### GOVERNING LAW

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

### LEGAL PROCEEDINGS

No action at law or in equity shall be brought to recover on this Policy prior to expiration of sixty (60) days after written proof of loss has been furnished in accordance with the requirements of this Policy. If the Insured Person shall fail to supply the requisite proof of loss as stipulated by the terms, provisions and conditions of the Policy, the Insured Person may, within a grace period of one calendar year from the time that the written proof of loss to be furnished, submit the relevant proof of loss to the Company with cogent reason(s) for the failure to comply with the Policy terms, provisions and conditions. The acceptance of such proof of loss shall be at the sole and entire discretion of the Company. After such grace period has expired, the Company will not accept, for any reason whatsoever, such written proof of loss.

### ARBITRATION

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

# MEDIGUARD SUPREME POLICY

## **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 this 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.

## **MISSTATEMENT OF AGE**

If the age of the Insured Person has been misstated and the premium paid as a result thereof is insufficient, any claim payable under this Policy shall be prorated based on the ratio of the actual premium paid to the correct premium which should have been charged for the year. Any excess premium, which may have been paid as a result of such misstatement of age, shall be refunded without interest.

If at the correct age the Insured Person would not have been eligible for cover under this Policy, no benefit shall be payable.

## **THE CONTRACT**

Subject to the Alterations permitted hereunder, this Policy together with the attached schedules, the Policyholder's/Insured Person's Proposal Form (unless the same is waived) (as the case may be) constitutes the entire Contract between the parties and there are no other undertakings, statements, representations, warranties, promises, express or implied, other than those contained in this Contract.

No agent or broker is authorized to modify this Policy, to accept premiums in arrears, to extend the due date of any premium, to waive any of the Company's rights or requirements, to bind the Company by making any promise or by accepting any representation or information in respect of this Policy. No change in this Policy shall be valid unless approved by the Company and evidenced by endorsement hereto, or by amendment hereto assigned by the Company.

## **CHANGE IN RISK**

The Insured Person shall give immediate notice in writing to the Company of any material change in his occupation, business, duties or pursuits and pay any additional premium that may be required by the Company.

## **SUBROGATION**

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

execute or cause to be executed all documents necessary to enable the Company to effectively to bring suit in the name of the Insured Person.

## **CONTRIBUTION**

If an Insured Person carries other insurance covering any illness or injury insured by this Policy, the Company shall not be liable for a greater proportion of such illness or injury than the amount applicable hereto under this Policy bears to the total amount of all valid insurance covering such illness or injury.

## **UPGRADED ROOM AND BOARD CO-PAYMENT**

If the Insured Person is hospitalized at a published Room & Board rate which is higher than his eligible benefit, the Insured Person shall bear 20% of the other eligible benefits described in the Schedule of Benefits but subject to a maximum limit of RM 3,000 per Disability for plans described in the Schedule of Benefit with Overall Annual Limit not exceeding RM 100,000 or subject to a maximum limit of RM 5,000 per Disability for plans described in the Schedule of Benefit with Overall Annual Limit exceeding RM 100,000.

## **OWNERSHIP OF POLICY**

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

## **WAITING PERIOD**

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

## **RESIDENCE OVERSEAS**

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

## **TAKE-OVER POLICIES (applicable only if specified in the Policy Schedule)**

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

## **UPGRADED POLICIES (applicable only if specified in the Policy Schedule)**

If the Eligible Benefits to any Insured Person under the terms of this Policy be increased while it is in force or at

# MEDIGUARD SUPREME POLICY

the time of Renewal or replacement and if such Insured Person shall have been afflicted with a Disability prior or at the time the Benefits were increased, the Limits of Benefits payable in respect of such Disability shall not exceed the Limit of Benefits prior to the date the Benefits were upgraded.

## **CONVERSION POLICIES (applicable only if specified in the Policy Schedule)**

If the Eligible Benefits provided under this Policy shall have been converted from an existing coverage of an 'Inner Limits' to an 'As Charged/Full Reimbursement' coverage, and if such Insured Person shall have been afflicted with a Disability prior or at the time the Benefits were converted, the benefits payable in respect of the Disability shall be in accordance with the Schedule of Benefit prior to the date the Eligible Benefits were converted.

## **COOLING-OFF PERIOD (FREE-LOOK PERIOD)**

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

## **PORTFOLIO WITHDRAWAL CONDITION**

The Company reserves the right to cancel the portfolio as a whole if it decides to discontinue underwriting this insurance product.

Cancellation of the portfolio as a whole shall be given by 30 days written notice to the Policyholder and the Company will run off all policies to expiry of the period of cover within the portfolio.

## **COVERAGE AGE LIMIT**

Person eligible to be covered under this Policy must be Age between 30 days up to 60 years old. Renewal is up to age 85 at the option of the Policyholder, provided that the Insured Person is enrolled before 61 years old. Age is defined as age next birthday.

**CLAUSES AND ENDORSEMENT  
to be Attached and Read as part of the  
Policy  
(applicable only if specified in the  
Policy Schedule)**

## **SPECIAL CONDITIONS FOR INSTALMENT PAYMENT**

### **PART I – DEFINITIONS**

"Nominated Account" shall mean the account nominated by the Policyholder in the Monthly Installment Payment

Instruction, or as subsequently instructed by the Policyholder in writing, to which premiums for this Policy to be debited or charged.

## **PART V – OTHER POLICY PROVISIONS**

### **Automatic Termination**

This Policy shall terminate immediately on the termination of the Policyholder's Nominated Account to which premium payable for this policy is charged.

This shall similarly affect the insurance of the Insured's dependant.

### **Termination for the Non-Payment of Premium**

(a) In the event initial premium charged to the Policyholder's Nominated Account is not paid within 15 days, this policy shall be deemed to have been void from the intended Effective Date of Insurance, if policy has been issued.

(b) Provided one or more premiums charged to the Policyholder's Nominated Account have been paid, non-payment of subsequent premium shall terminate insurance under this policy as of the due date of such unpaid premium and no cancellation notice will be served.

### **Position of Claims Upon Termination**

Such termination shall be without prejudice to any claim with a date of event prior to the effective date of termination.

### **Premium Position Upon Termination**

No refund of premium is allowed for payment made until the date of termination. In the event premium has been paid for any period beyond the date of termination of this Policy, the relevant proportion thereof shall be credited to the Policyholder's Nominated Account or refunded to the Policyholder by the Company. If the premium has not been paid for any period up to the date of termination as aforesaid, the Policyholder shall be liable to the Company for the payment of such premium, which the Company may, at its option, charge to the Policyholder's Nominated Account.

### **Premium**

(a) Premium as stated in the Policy schedule shall be due on the Effective Date of Policy and if payable monthly, on the same date of each month thereafter. If the month for which premium is due, does not have a corresponding date, then premium shall be paid on the last day of that month.

(b) Premium will be charged to the Policyholder's Nominated Account when due.

### **Additions Of Insured Persons**

The relevant addition premium for such eligible dependant will be charged to the Policyholder's Nominated Account and the insurance for such eligible dependant will commence on the date such request is approved or otherwise agreed by the Company and premium is paid.

## MEDIGUARD SUPREME POLICY

### Consideration

This Policy is issued in consideration of the statements contained in the Proposal Form, Monthly Instalment Payment Instruction and the Policyholder's agreement to pay premiums charged to his Nominated Account

### Renewal Certificate / Schedule

Subject to the terms and conditions of this Policy, payment of premium when due automatically renews the Policy. A renewal certificate/schedule shall be issued to the Policyholder upon expiry of each Policy year.

## IMPORTANT NOTICE

1. The Policyholder / Insured Person shall read this Policy carefully, and if any error or misdescription be found herein, or if the cover is not in accordance with the wishes of the Policyholder / Insured Person, advice should immediately be given to the Company and the Policy returned for alteration.
2. Any Policyholder / Insured Person who is not satisfied with the course of the action or decision of the Company, may seek recourse through our Complaints Management Unit and alternatively, may also seek redress or assistance with the Ombudsman for Financial Services or to approach Bank Negara Malaysia's Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (LINK) addressed below:-
  - (a) Complaints Management Unit  
AmGeneral Insurance Berhad  
Menara Shell  
No. 211, Jalan Tun Sambanthan  
50470 Kuala Lumpur  
PO Box 11228, GPO Kuala Lumpur  
50740 W.P. Kuala Lumpur, Malaysia  
Tel : +603-2268 3333  
Fax : +603-2268 2222
  - (b) Ombudsman for Financial Services (OFS)  
Level 14, Main Block  
Menara Takaful Malaysia  
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman  
50000 Kuala Lumpur.  
Tel : +603-2272 2811  
Fax : +603-2272 1577
  - (c) Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (LINK)  
Tingkat Bawah, Blok C  
Bank Negara Malaysia  
Peti Surat 10922  
50929 Kuala Lumpur  
Tel : 1300 88 5465  
Fax : +603-2174 1515

## POLISI MEDIGUARD SUPREME

**BAHAWASANYA** AmGeneral Insurance Berhad (seterusnya dirujuk sebagai "Syarikat") bersetuju membayar dan memberi manfaat kepada Pemegang Polisi (atau untuk orang yang berkelayakan) akibat kemasukan hospital untuk rawatan yang disebabkan oleh sebarang kecederaan akibat kemalangan, penyakit atau kesakitan yang tertakluk kepada Definisi-Definisi, Pengecualian, Syarat-Syarat dan Endorsemen yang terkandung dalam Polisi ini dan tertakluk kepada sebarang syarat-syarat yang dinyatakan di dalam Jadual Insurans bagi pembayaran premium yang diterima seperti terkandung dalam Jadual Insurans.

### BAHAGIAN I - DEFINISI

Perkataan jantina kekelakuan yang digunakan dalam konteks Polisi ini akan meliputi kewanita, dan begitu juga kata kerja mufrad akan mempunyai maksud kata-kata majmuk, dan sebaliknya, dan perkataan-perkataan serta ungkapan-ungkapan berikut akan mempunyai maksud seperti di bawah ini:

#### DEFINISI

**"Polisi"** hendaklah bermaksud pelan MediGuard Supreme. Sebarang kontrak sampingan, endorsemen, penyambungan dan sebarang pembedahan padanya (ditandatangani oleh Syarikat), dan permohonan dari Orang Yang Diinsuranskan yang dikepilkan di sini akan membentuk segala kontrak di antara semua pihak.

**"Syarikat"** hendaklah bermaksud AmGeneral Insurance Berhad.

**"Pemegang Polisi"** hendaklah bermaksud orang atau badan korporat yang kepadanya Polisi dikeluarkan bagi melindungi orang yang secara khusus dikenal pasti sebagai Orang yang Diinsuranskan dalam Polisi ini.

**"Orang Yang Diinsuranskan"** hendaklah bermaksud orang yang dinyatakan dalam Jadual Polisi termasuk Tanggungannya (jika berkenaan).

**"Anak"** hendaklah bermaksud mana-mana orang yang telah mencapai umur 30 hari dan tidak berkahwin, yang bergantung dari segi kewangan pada Orang Yang Diinsuranskan dan berumur kurang daripada 19 tahun atau hingga 23 tahun bagi mereka yang didaftarkan sebagai pelajar sepenuh masa di institusi pengajian yang diiktiraf.

**"Tanggungannya"** hendaklah bermaksud mana-mana orang yang berikut:

- suami/isteri yang berkahwin secara sah
- Anak yang tidak berkahwin yang umurnya melebihi 30 hari tetapi kurang daripada sembilan belas (19) tahun atau dua puluh tiga (23) tahun bagi yang masih menjadi pelajar sepenuh masa di pusat pengajian tinggi, dan yang tidak mempunyai pekerjaan bergaji.

**"Tarikh Bermula"** hendaklah bermaksud tarikh yang

ditetapkan di dalam Jadual Insurans di mana pelan insurans dalam Polisi ini mula berkuat kuasa.

**"Tahun Polisi"** hendaklah bermaksud tempoh satu tahun termasuk tarikh mula kuat kuasa Insurans dan sebaik sahaja selepas tarikh itu, atau tempoh satu tahun selepas Polisi Pembaharuan atau Polisi Baru.

**"Polisi Pembaharuan atau Polisi Baru"** hendaklah bermaksud Polisi yang telah dibaharui tanpa apa-apa tempoh luput sebaik sahaja tamatnya tempoh setelah Polisi sebelumnya dengan kandungan yang sama tamat tempoh.

**"Hospital"** hendaklah bermaksud hanya pertubuhan yang ditubuhkan dan didaftarkan sewajarnya sebagai hospital untuk jagaan dan rawatan orang yang sakit dan cedera sebagai pesakit atas katil berbayar, dan yang:-

- mempunyai kemudahan untuk diagnosis dan pembedahan utama,
- menyediakan khidmat jagaan 24 jam sehari oleh jururawat berdaftar dan siswazah
- di bawah penyeliaan Pakar Perubatan, dan
- bukan klinik; tempat untuk orang ketagih alkohol dan dadah; pusat jagaan atau rumah pemulihan atau rumah orang tua atau pertubuhan yang serupa.

**"Hospital Kerajaan Malaysia"** hendaklah bermaksud hospital yang bayaran khidmatnya tertakluk kepada Akta Fee 1951, Perintah Fee (Perubatan) 1982 dan/atau pindaan berikutnya jika ada.

**"Penghospitalan"** hendaklah bermaksud dimasukkan ke Hospital sebagai pesakit dalam yang berdaftar untuk rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan bagi Hilang Upaya yang dilindungi apabila disyorkan oleh pakar perubatan. Pesakit tidak boleh dianggap sebagai pesakit dalam jika pesakit tidak tinggal di hospital secara fizikal sepanjang tempoh dimasukkan ke hospital.

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

**"Pesakit Luar"** hendaklah bermaksud Orang yang Diinsuranskan yang menerima jagaan atau rawatan perubatan tanpa dimasukkan ke hospital dan termasuk rawatan di pusat Rawatan Harian.

**"Pengamal Perubatan"** hendaklah bermaksud doktor yang mempunyai kelayakan ijazah Perubatan Barat di mana beliau berlesen dan berkelayakan untuk mengamalkan ilmu perubatan dan pembedahan dalam lingkungan lesen dan latihannya di dalam kawasan tugasnya yang dibenarkan oleh Malaysian Medical Council tetapi dikecualikan sekiranya doktor merupakan Orang Yang Diinsuranskan, atau suami/isteri atau saudara dekat bagi Orang Yang Diinsuranskan.

**"Hari"** hendaklah bermaksud penafsiran hari yang



## POLISI MEDIGUARD SUPREME

dikenakan bayaran oleh hospital 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).

**“Penyakit Sedia Ada”** hendaklah bermaksud Hilang Upaya yang diketahui sewajarnya oleh Orang yang Diinsuranskan. Orang yang Diinsuranskan dianggap mengetahui sewajarnya keadaan sedia ada itu apabila:-

- Orang yang Diinsuranskan telah atau sedang menerima rawatan,
- nasihat perubatan, diagnosis, jagaan atau rawatan telah disyorkan;
- gejala yang jelas dan tepat dapat atau telah dilihat dengan nyata, atau
- kewujudannya dapat diperhatikan dengan jelas bagi orang yang mengalami keadaan itu.

**“Penyakit Tertentu”** hendaklah bermaksud Hilang Upaya berikut dan komplikasi yang berkaitan dengannya, yang wujud dalam tempoh 120 hari pertama Insurans bagi Orang Yang Diinsuranskan:

- Hipertensi, diabetes melitus dan penyakit kardiovaskular
- Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu dalam sistem kencing dan sistem biliari
- Semua penyakit telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak
- Hernia, hemoroid, fistula, hidrosele, varikosele
- Endometriosis termasuk penyakit sistem pembiakan
- Gangguan spina vertebro (termasuk diska) dan penyakit lutut.

**“Sakit, Wabak atau Penyakit”** hendaklah bermaksud keadaan fizikal yang ditunjukkan dari segi patologi berbeza daripada keadaan kesihatan yang normal.

**“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.

**“Kecederaan”** hendaklah bermaksud kecederaan anggota badan yang semata-mata disebabkan oleh Kemalangan.

**“Hilang Upaya”** hendaklah bermaksud Sakit, Wabak, atau Penyakit atau semua Kecederaan yang timbul daripada satu atau beberapa sebab yang berterusan.

**“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.

**“Rawatan Pergigian Akibat Kemalangan”** hendaklah bermaksud prosedur pergigian yang diperlukan untuk memulihkan atau menggantikan gigi asli yang rosak akibat kemalangan.

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

**“Doktor Gigi”** hendaklah bermaksud orang yang berlesen atau berdaftar sewajarnya untuk mengamalkan pergigian dalam bidang geografi yang menyediakan khidmat, tetapi tidak termasuk doktor gigi yang merupakan Orang Yang Diinsuranskan itu sendiri.

**“Pakar”** hendaklah bermaksud pengamal perubatan atau pergigian yang berdaftar dan berlesen sewajarnya di kawasan geografi yang khidmat tersebut diberikan, dan yang diklasifikasikan oleh pihak berkuasa kesihatan yang berkenaan sebagai orang yang mempunyai kepakaran yang tinggi dan khusus dalam bidang perubatan atau pergigian yang tertentu, tetapi tidak termasuk pakar perubatan atau pakar bedah yang merupakan Orang Yang Diinsuranskan itu sendiri.

**“Ubat Yang Dipreskripsikan”** hendaklah bermaksud ubat yang diberikan oleh Pakar Perubatan, Ahli Farmasi Berdaftar atau Hospital dan yang dipreskripsikan oleh Pakar Perubatan atau Pakar bagi rawatan Hilang Upaya yang dilindungi.

**“Doktor atau Pakar Perubatan atau Pakar Bedah”** hendaklah bermaksud pengamal perubatan berdaftar yang layak dan berlesen untuk mengamalkan perubatan barat dan yang, semasa memberikan rawatan itu, mengamalkannya mengikut skop pelesenan dan latihannya di kawasan geografi profesion tersebut diamalkan, tetapi tidak termasuk doktor, pakar perubatan atau pakar bedah yang merupakan Orang Yang Diinsuranskan itu sendiri.

**“Pembedahan”** hendaklah bermaksud mana-mana prosedur perubatan yang berikut:

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

## POLISI MEDIGUARD SUPREME

**“Belanja Layak”** hendaklah bermaksud belanja yang Perlu Dari Segi Perubatan yang ditanggung disebabkan oleh Hilang Upaya yang dilindungi tetapi tidak melebihi had manfaat dalam jadual.

**“Perlu Dari Segi Perubatan”** hendaklah bermaksud khidmat perubatan yang:-

- (a) selaras dengan diagnosis dan rawatan perubatan biasa bagi Hilang Upaya yang dilindungi, dan
- (b) menurut piawai amalan perubatan yang baik, selaras dengan piawai semasa bagi rawatan perubatan profesional, dan juga dengan manfaat kesihatan yang sah, dan
- (c) bukan untuk kemudahan Orang Yang Diinsuranskan atau Pakar Perubatan, dan tidak dapat diperoleh sewajarnya di luar hospital (jika dimasukkan ke wad sebagai pesakit dalam) dan
- (d) bukan berbentuk eksperimen, penyelidikan atau kajian, pencegahan atau penyaringan, dan
- (e) yang bayarannya berpatutan, munasabah dan biasa diamalkan bagi Hilang Upaya 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 di tempat bayaran itu dikenakan, apabila memberikan rawatan, khidmat atau bekalan seumpamanya atau yang serupa kepada individu dengan jantina yang sama dan kategori umur yang sama untuk sakit, penyakit atau kecederaan serta selaras dengan piawai dan amalan perubatan yang diterima dan tidak boleh diabaikan tanpa menjejaskan keadaan perubatan Orang yang Diinsuranskan.

**“Tempoh Tangguh”** hendaklah bermaksud 30 hari pertama antara masa bermulanya Hilang Upaya Orang Yang Diinsuranskan dan bermulanya tarikh Polisi/tarikh pengembalian semula, dan terpakai hanya apabila orang itu dilindungi pertama kalinya. Hal ini tidak terpakai selepas tahun pertama perlindungan. Walau bagaimanapun, jika insurans terhenti, maka Tempoh Tangguh akan terpakai sekali lagi.

**“Had Tahunan Keseluruhan”** hendaklah bermaksud Manfaat yang dibayar bagi belanja yang dikenakan untuk rawatan yang diberikan kepada Orang yang Diinsuranskan dalam tempoh insurans hendaklah dihadkan mengikut Had Tahunan Keseluruhan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat tanpa mengira jenis Hilang Upaya. Jika Had Tahunan Keseluruhan telah dibayar, maka semua insurans untuk Orang yang Diinsuranskan di bawah ini hendaklah dihentikan bayarannya serta-merta bagi baki tahun polisi tersebut.

**“Had Sepanjang Hayat”** hendaklah bermaksud had maksimum yang boleh dituntut dalam hayat Orang Yang Diinsuranskan. Jika had sepanjang hayat telah dibayar, maka polisi akan terbatal secara automatik. Had sepanjang hayat tertakluk seperti dinyatakan dalam Polisi.

**“Deduktibel”** Deduktibel adalah jumlah yang perlu dibayar oleh orang yang diinsuranskan berdasarkan jumlah perbelanjaan yang dikenakan sebelum manfaat di bawah polisi ini dibayar untuk setiap tahun. Deduktibel yang dikenakan terhadap polisi ini adalah seperti yang tercatat di dalam Jadual Manfaat. Tiada bayaran bersama sekiranya deduktibel dikenakan.

### Terma Am Untuk Penyakit Kritikal

**I. Tidak Boleh Pulih** bermaksud tidak boleh dipulihkan dengan sewajarnya oleh rawatan perubatan dan/atau prosedur pembedahan yang konsisten dengan piawaian semasa perkhidmatan perubatan yang boleh didapati di Malaysia.

**II. Kekal** bermaksud dijangka untuk kekal seumur hidup Hayat Yang Diinsuranskan.

**III. Defisit neurologi kekal dengan simptom klinikal berterusan** bermaksud simptom disfungsi dalam sistem saraf yang didapati semasa pemeriksaan klinikal dan dijangka kekal seumur hidup Hayat Yang Diinsuranskan. Simptom-simptom yang dilindungi termasuk kebas, lumpuh, kelemahan setempat, dysarthria (kesukaran bertutur), aphasia (ketidakupayaan bertutur), dysphagia (kesukaran menelan), kecacatan visual, kesukaran berjalan, kekurangan koordinasi, tremor, sawan, demensia, delirium dan koma.

**IV. Aktiviti Kehidupan Harian (ADL)** adalah seperti berikut:

- (i) **Pemindahan**  
Duduk dan bangun dari kerusi tanpa memerlukan bantuan fizikal.
- (ii) **Pergerakan**  
Keupayaan untuk bergerak dari satu bilik ke bilik yang lain tanpa memerlukan bantuan fizikal.
- (iii) **Perihal Mengawal**  
Keupayaan untuk mengawal fungsi usus dan pundi kencing secara sendirinya seperti menjaga kebersihan diri.
- (iv) **Pemakaian**  
Memakai dan menanggalkan kesemua pakaian yang perlu tanpa memerlukan bantuan orang lain.
- (v) **Mandi/ Membersihkan diri**  
Keupayaan untuk membersihkan diri di tempat mandi tab atau mandi pancuran (termasuk memasuki dan keluar dari tempat mandi tab atau mandi pancuran) atau membersihkan diri dengan cara yang lain.
- (vi) **Makan**  
Kesemua tugas memasukkan makanan ke dalam badan apabila makanan telah disediakan.

**V. Tempoh Penilaian** bermaksud tempoh yang mana syarikat insurans akan menilai keadaan sebelum menentukan samada keadaan tersebut layak atau tidak dikira sebagai kekal. Tempoh penilaian adalah untuk jangka masa tempoh minimum yang dinyatakan dalam definisi yang berkaitan dan tidak akan lebih daripada dua belas (12) bulan (dengan syarat segala bukti yang diperlukan telah diserahkan).

## “Definisi Untuk Penyakit Kritikal”

### I. Strok/Angin Ahmar – mengakibatkan defisit neurologi kekal dengan simptom-simptom klinikal berterusan

Kematian tisu otak akibat bekalan darah yang tidak cukup, pendarahan dalam tengkorak atau embolisasi dari satu sumber selain dari kranium yang mengakibatkan defisit neurologi kekal dengan simptom klinikal berterusan. Diagnosis ini mesti berdasarkan kepada perubahan yang boleh dilihat pada imbasan CT atau MRI dan disahkan oleh seorang pakar neurologi. Tempoh Penilaian minimum selama tiga (3) bulan adalah digunakan.

Untuk definisi di atas, berikut adalah tidak dilindungi:

- (i) Serangan iskemia sementara (TIA)
- (ii) Simptom-simptom serebral yang disebabkan oleh migrain
- (iii) Kecederaan traumatik pada tisu otak atau salur-salur darah
- (iv) Penyakit vaskular yang memberi kesan terhadap mata atau saraf optic atau fungsi-fungsi vestibular.

### II. Serangan Jantung – keterukan tertentu

Kematian otot jantung, disebabkan oleh kekurangan bekalan darah yang telah menyebabkan infarksi miokardium akut dengan semua bukti berikut:

- (i) Sejarah sakit dada tipikal;
- (ii) Perubahan ciri baru elektrokardiografik; dengan pembentukan salah satu daripada yang berikut: peningkatan atau penurunan ST, penyonsangan (inversi) gelombang T, patologi gelombang Q atau blok cabang berkas kiri; dan
- (iii) Peningkatan petunjuk kardiium, termasuk CPK-MB melebihi tahap normal makmal yang diterima secara umum atau Troponin yang direkodkan berada di peringkat berikut atau lebih tinggi:
  - Troponin T Kardiium atau Troponin I Kardiium > / = 0.5 ng/ml

Bukti mesti menunjukkan kejadian infarksi miokardium akut adalah pasti, yang mana seharusnya disahkan oleh pakar kardiologi atau pakar perubatan.

Untuk definisi di atas, berikut adalah tidak dilindungi:

- kejadian sindrom koronari akut termasuk tetapi tidak terhad kepada angina tidak stabil.

- peningkatan petunjuk kardiium akibat daripada prosedur perkutaneus untuk penyakit arteri koronari.

### III. Kegagalan Buah Pinggang – memerlukan dialisis atau transplan buah pinggang

Kegagalan buah pinggang peringkat akhir yang dikemukakan sebagai kegagalan kronik tidak boleh pulih pada kedua-dua buah pinggang untuk berfungsi, yang mengakibatkan dialisis secara berkala dimulakan atau transplan buah pinggang perlu dijalankan.

### IV. Kanser – keterukan tertentu dan tidak melindungi kanser tahap awal

Sebarang tumor malignan yang didiagnos positif dengan pengesahan histologi dan bercirikan pertumbuhan sel malignan yang tidak terkawal dan serangan tisu. Terma tumor malignan termasuk leukimia, limfoma dan sarcoma.

Untuk definisi di atas, berikut adalah tidak dilindungi:

- (i) Semua kanser yang secara histologinya diklasifikasikan sebagai berikut:
  - pra-malignan
  - bukan invasive
  - karsinoma in situ
  - mempunyai malignan pinggir (borderline)
  - mempunyai potensi malignan
- (ii) Semua tumor prostat yang secara histologinya diklasifikasikan sebagai T1N0M0 (Klasifikasi TNM)
- (iii) Semua tumor tiroid yang secara histologinya diklasifikasikan sebagai T1N0M0 (Klasifikasi TNM)
- (iv) Semua tumor pundi kencing yang secara histologinya diklasifikasikan sebagai T1N0M0 (Klasifikasi TNM)
- (v) Leukemia Limfositik Kronik kurang daripada RAI Tahap 3
- (vi) Semua kanser dengan kewujudan HIV
- (vii) Sebarang kanser kulit selain melanoma malignan

### V. Pembedahan Pintasan Arteri Koronari

Merujuk kepada pembedahan bukaan dada sebenar untuk memulihkan atau merawat Penyakit Arteri Koronari (CAD) dengan cara cantuman pintasan arteri koronari.

Untuk definisi di atas, berikut adalah tidak dilindungi:

- (i) angioplasti;
- (ii) teknik intra-arteri yang lain atau teknik berasaskan kateter;
- (iii) prosedur lubang kunci (keyhole);
- (iv) prosedur laser

## VI. Penyakit Arteri Koronari Serius

Penyempitan lumen bagi Arteri Koronari Kanan (RCA), Anterior Kiri Arteri Menurun (LAD) dan Arteri Sirkumfleks (tidak termasuk cabang-cabang), berlaku pada masa yang sama dengan minimum enam puluh peratus (60%) dalam setiap arteri seperti yang dibuktikan oleh arteriografi koronari (prosedur diagnostik bukan invasif adalah tidak dilindungi). Penyempitan sebanyak enam puluh peratus (60%) atau lebih pada Stem Utama Kiri akan dianggap sebagai penyempitan Anterior Kiri Arteri Menurun (LAD) dan Arteri Sirkumfleks. Kejadian yang dilindungi akan dibayar tidak mengira samada sebarang bentuk pembedahan arteri koronari telah dijalankan atau tidak.

## VII. Angioplasti dan rawatan invasif lain untuk penyakit arteri koronari

Menjalani Angioplasti Belon Arteri Koronari, arterektomi, rawatan laser atau memasukkan sten buat pertama kali untuk membetulkan satu atau lebih arteri koronari yang sempit atau tersumbat seperti yang dibuktikan oleh angiografi.

Prosedur penyiasatan intra-arteri adalah tidak dilindungi. Pembayaran di bawah klausa ini adalah terhad kepada sepuluh peratus (10%) daripada perlindungan Penyakit Kritikal di bawah polisi ini tertakluk kepada jumlah maksimum RM25,000. Kejadian yang dilindungi akan dibayar sekali sahaja dan akan ditolak daripada amaun Kontrak ini, sekali gus mengurangkan amaun Bayaran Sekaligus yang boleh dibayar.

## VIII. Kegagalan Hati Tahap Akhir

Kegagalan hati tahap akhir dibuktikan oleh semua yang berikut:

- Jaundis kekal;
- Asites (lebih cecair dalam kaviti peritoneal); dan
- Ensefalopati hepatik.

Kegagalan hati berpunca dari alkohol atau penyalahgunaan dadah adalah tidak dilindungi.

## IX. Hepatitis Viral Fulminan

Nekrosis (kematian tisu hati) yang separa besar (sub-masif) kepada besar (masif) yang disebabkan oleh sebarang virus seperti yang dibuktikan oleh semua kriteria diagnostik yang berikut:

- Penyusutan saiz hati dengan pantas seperti yang disahkan oleh ultrasound abdomen;
- Nekrosis (kematian tisu) melibatkan keseluruhan lobula, meninggalkan hanya satu rangka retikulum;
- Ujian kefungsi hati yang semakin merosot; dan
- Jaundis yang semakin mendalam.

Jangkitan viral hepatitis atau status pembawa sahaja (termasuk tetapi tidak terhad kepada Hepatitis B dan Hepatitis C) tanpa kriteria diagnostik di atas adalah tidak dilindungi.

## X. Koma – mengakibatkan defisit neurologi kekal dengan simptom klinikal yang berterusan

Keadaan tidak sedar diri tanpa sebarang gerak balas atau tindak balas terhadap rangsangan luar atau keperluan dalaman, yang berterusan untuk sekurang-kurangnya sembilan puluh enam (96) jam, memerlukan penggunaan sistem sokongan hayat dan mengakibatkan defisit neurologi kekal dengan simptom klinikal berterusan. Tempoh Penilaian minimum selama tiga puluh (30) hari adalah digunapakai. Pengesahan oleh pakar neurologi mesti dikemukakan.

Berikut adalah tidak dilindungi:

- Koma diakibatkan langsung daripada penyalahgunaan alkohol atau dadah.

## XI. Tumor Otak Benign – keterukan tertentu

Tumor benign dalam otak atau meninges dalam tengkorak, di mana semua keadaan berikut dipenuhi:

- Ia mengancam nyawa;
- Ia menyebabkan kerosakan otak;
- Ia telah dibuang secara pembedahan ataupun ia telah menyebabkan defisit neurologi yang kekal dengan simptom klinikal berterusan; dan
- Kewujudannya mesti disahkan oleh pakar neurologi atau pakar bedah neurologi dan disokong oleh imbasan MRI, CT atau teknik-teknik pengimejan lain yang boleh dipercayai.

Berikut adalah tidak dilindungi:

- Sista
- Granuloma
- Kecacatan dalam atau pada arteri atau vena otak
- Hematoma
- Tumor di dalam kelenjar pituitary
- Tumor di dalam tulang belakang
- Tumor saraf akustik.

## XII. Kelumpuhan Anggota

Hilang penggunaan penuh, kekal dan tidak boleh pulih kedua-dua tangan atau kedua-dua kaki, atau satu tangan dan satu kaki, akibat lumpuh disebabkan oleh penyakit atau kecederaan. Tempoh Penilaian minimum selama enam (6) bulan adalah digunapakai.

## XIII. Buta – Kekal dan Tidak boleh Pulih

Kehilangan penglihatan kekal dan tidak boleh pulih akibat kemalangan atau penyakit sehingga suatu tahap apabila diuji menggunakan alat bantuan penglihatan, penglihatan diukur pada 3/60 atau lebih teruk untuk kedua-dua belah mata menggunakan carta mata Snellen atau ujian yang setara dan keputusan tersebut mestilah disahkan oleh pakar oftalmologi.

## **XIV. Pekak – Kekal dan Tidak boleh pulih**

Hilang Upaya mendengar secara kekal dan tidak boleh pulih akibat kemalangan atau penyakit sehingga suatu tahap kehilangan yang lebih daripada 80 desibel merentasi semua frekuensi pendengaran pada kedua-dua belah telinga. Bukti perubatan di dalam bentuk keputusan ujian audiometri dan ujian ambang bunyi mesti disediakan dan disahkan oleh pakar Telinga, Hidung dan Tekak (ENT).

## **XV. Kelecuman Tahap Ketiga – keterukan tertentu**

Lecuran kulit tahap ketiga (iaitu ketebalan penuh) meliputi sekurang-kurangnya dua puluh peratus (20%) daripada jumlah kawasan permukaan badan.

## **XVI. Penyakit Paru-paru Tahap Akhir**

Penyakit paru-paru tahap akhir yang menyebabkan kegagalan pernafasan kronik. Semua kriteria berikut mestilah dipenuhi:

- (i) Keperluan rawatan oksigen berkala secara kekal;
- (ii) Gangguan kekal pada fungsi paru-paru dengan isi padu Ekspirasi Paksa (FEV) yang konsisten kurang daripada satu (1) liter pada saat pertama;
- (iii) Sesak nafas dalam keadaan rehat; dan
- (iv) Analisis Asas Gas Darah Arteri dengan tekanan oksigen separa sebanyak 55mmHg atau kurang.

## **XVII. Ensefalitis – mengakibatkan ketidakupayaan kekal untuk melakukan Aktiviti Kehidupan Harian**

Keradangan teruk bahan otak, mengakibatkan kecacatan fungsian kekal. Kecacatan fungsian kekal mesti mengakibatkan ketidakupayaan untuk melakukan sekurang-kurangnya tiga (3) Aktiviti Kehidupan Harian. Tempoh Penilaian minimum selama tiga puluh (30) hari adalah digunapakai. Kejadian yang dilindungi mestilah disahkan oleh pakar neurologi.

Ensefalitis dengan kewujudan jangkitan HIV adalah tidak dilindungi.

## **XVIII. Transplan Organ Utama/Sumsum Tulang**

Penerimaan transplan seperti berikut:

- Sumsum tulang manusia menggunakan sel stem hematopoietik didahului dengan ablasi sumsum tulang menyeluruh; atau
- Salah satu daripada organ-organ manusia berikut: jantung, paru-paru, hati, buah pinggang, pankreas yang tidak dapat dipulihkan akibat kegagalan tahap akhir organ yang berkenaan.

Lain-lain pemindahan sel stem adalah tidak dilindungi.

## **XIX. Hilang Keupayaan Bertutur**

Hilang keupayaan bertutur sepenuhnya, berkekal dan tidak boleh pulih disebabkan oleh kecederaan atau penyakit. Tempoh Penilaian minimum selama enam (6) bulan adalah digunapakai. Bukti perubatan untuk mengesahkan kecederaan atau penyakit kepada peti suara untuk menyokong kehilangan upaya ini mesti diberikan oleh pakar Telinga, Hidung dan Tekak (ENT).

Semua sebab yang berkaitan psikiatrik adalah tidak dilindungi.

## **XX. Pembedahan Otak**

Menjalani pembedahan ke atas otak di mana kraniotomi (pembedahan bukaan tengkorak) dilakukan di bawah anestesia am.

Untuk definisi di atas, berikut adalah tidak dilindungi:

- (i) Prosedur lubang gerudi (burr hole)
- (ii) Prosedur transfenoid
- (iii) Prosedur bantuan endoskopik atau lain-lain prosedur invasif secara minimum
- (iv) Pembedahan otak akibat kemalangan.

## **XXI. Pembedahan Injap Jantung**

Menjalani pembedahan jantung terbuka untuk menggantikan atau memperbaiki injap jantung disebabkan oleh kecacatan atau keabnormalan injap jantung.

Untuk definisi di atas, berikut adalah tidak dilindungi:

- (i) Pembaikan menerusi prosedur intra-arteri
- (ii) Pembaikan menerusi pembedahan lubang kunci atau lain-lain teknik yang serupa.

## **XXII. Penyakit Terminal (Membawa Maut)**

Diagnosis muktamad sesuatu keadaan yang dijangka mengakibatkan kematian Hayat Yang Diinsuranskan dalam tempoh 12 bulan. Hayat Yang Diinsuranskan mestilah tidak lagi menerima rawatan aktif selain daripada untuk melegakan kesakitan. Diagnosis ini mestilah disokong dengan pengesahan bertulis daripada doktor pakar yang bersesuaian dan disahkan oleh doktor yang dilantik oleh Syarikat.

## **XXIII. Kehilangan upaya hidup sendiri (berdikari)**

Pengesahan oleh pakar yang bersesuaian mengenai kehilangan upaya untuk hidup berdikari dan mengakibatkan ketidakupayaan kekal untuk melakukan sekurang-kurangnya tiga (3) daripada Aktiviti Kehidupan Harian. Tempoh Penilaian minimum selama enam (6) bulan adalah digunapakai.



## POLISI MEDIGUARD SUPREME

### **XXIV. Meningitis Bakteria – mengakibatkan ketidakupayaan kekal untuk melakukan Aktiviti Kehidupan Harian**

Meningitis bakteria yang menyebabkan radang pada membran-membran otak atau saraf tunjang yang mengakibatkan kerosakan fungsi kekal. Kerosakan fungsi kekal mesti menyebabkan ketidakupayaan kekal untuk menjalankan sekurang-kurangnya tiga (3) daripada Aktiviti Kehidupan Harian. Tempoh Penilaian minimum selama tiga puluh (30) hari adalah digunapakai.

Diagnosis hendaklah disahkan oleh:

- (i) seorang doktor pakar yang bersesuaian; dan
- (ii) kehadiran jangkitan kuman (bakteria) di dalam cecair serebrospina oleh punktur lumbar.

Untuk definisi di atas, lain-lain bentuk meningitis, termasuk meningitis viral adalah tidak dilindungi.

### **XXV. Trauma Kepala Major (teruk) – mengakibatkan ketidakupayaan kekal untuk melakukan Aktiviti Kehidupan Harian**

Kecederaan fizikal di kepala yang mengakibatkan kerosakan kekal terhadap fungsian yang disahkan oleh pakar neurologi. Kerosakan kekal fungsian mesti menyebabkan ketidakupayaan untuk menjalankan sekurang-kurangnya tiga (3) daripada Aktiviti Kehidupan Harian. Tempoh Penilaian minimum selama tiga (3) bulan digunapakai.

### **XXVI. Anemia Aplastik Kronik – mengakibatkan Kegagalan Kekal Sumsum Tulang**

Kegagalan kekal dan tidak boleh pulih sumsum tulang yang menyebabkan anemia, neutropenia dan trombositopenia memerlukan sekurang-kurangnya dua (2) daripada rawatan berikut:

- (i) Tranfusi produk darah berkala;
- (ii) Agen perangsang sumsum;
- (iii) Agen imunosupresif; atau
- (iv) Transplan sumsum tulang.

Diagnosis mesti disahkan oleh biopsi sumsum tulang.

### **XXVII. Penyakit Neuron Motor – defisit neurologi kekal dengan simptom klinikal berterusan**

Diagnosis muktamad penyakit neuron motor oleh pakar neurologi dengan merujuk kepada atrofi otot tulang belakang, bulbar palsy progresif, sclerosis amiotrofik lateral atau sclerosis lateral utama. Mesti ada kekurangan neurologi kekal bersama dengan simptom klinikal berterusan.

### **XXVIII. Penyakit Parkinson – mengakibatkan ketidakupayaan kekal untuk melakukan Aktiviti Kehidupan Harian**

Diagnosis muktamad Penyakit Parkinson oleh pakar neurologi di mana semua keadaan berikut dipenuhi:

- (i) Tidak boleh dikawal dengan ubat-ubatan;
- (ii) Menunjukkan tanda-tanda kemerosotan progresif; dan
- (iii) Pengesahan ketidakupayaan kekal Hayat Yang Diinsuranskan untuk melakukan tiga (3) atau lebih daripada Aktiviti Kehidupan Harian tanpa bantuan.

Hanya penyakit Parkinson idiopatik sahaja yang dilindungi. Parkinson yang disebabkan oleh ubat-ubatan atau toksik adalah tidak dilindungi.

### **XXIX. Penyakit Alzheimer / Demensia Teruk**

Kemerosotan atau hilang keupayaan intelektual yang disahkan dengan penilaian klinikal dan ujian imej diakibatkan oleh Penyakit Alzheimer atau Demensia Teruk yang disebabkan oleh kecelaruan otak organik yang tidak boleh pulih. Kejadian yang dilindungi ini mesti mengakibatkan pengurangan ketara fungsi mental dan sosial yang memerlukan pengawasan berterusan ke atas Hayat Yang Diinsuranskan. Diagnosis mesti disahkan secara klinikal oleh pakar neurologi.

Berdasarkan definisi di atas, berikut adalah tidak dilindungi:

- (i) Kecelaruan otak bukan organik seperti neurosis
- (ii) Penyakit psikiatrik
- (iii) Kerosakan otak berkaitan dadah atau alkohol.

### **XXX. Distrofi Otot**

Diagnosis muktamad Distrofi Otot oleh pakar neurologi dan mesti disokong oleh kesemua berikut:

- (i) Penampilan klinikal kelemahan otot yang progresif
- (ii) Tiada penglibatan saraf tengah / periferif sebagai bukti untuk kehilangan gangguan sensor
- (iii) Hasil penemuan ciri-ciri elektromiogram dan biopsi otot.

Tiada manfaat akan dibayar di bawah Peristiwa Dilindungi sebelum Hayat Yang Diinsuranskan mencapai umur 12 tahun tarikh lahir berikutnya.

### **XXXI. Pembedahan Aorta**

Menjalani pembedahan menerusi torakotomi atau laparotomi (pembedahan bukaan dada atau abdomen) untuk membetulkan aneurisme aorta, sekatan aorta atau pembelahan aorta. Untuk definisi ini, aorta hendaklah bermaksud aorta di bahagian dada dan abdomen tetapi bukan cabangnya.

## POLISI MEDIGUARD SUPREME

Untuk definisi di atas, berikut adalah tidak dilindungi:

- (i) angioplasti;
- (ii) lain-lain kaedah intra-arteri atau teknik berasaskan kateter;
- (iii) prosedur lubang kunci yang lain;
- (iv) prosedur laser.

### XXXII. Sklerosis Multipel

Diagnosis muktamad sklerosis multipel oleh pakar neurologi. Diagnosis mestilah disokong oleh semua perkara berikut:

- Siasatan yang mengesahkan bahawa diagnosis adalah Sklerosis Multipel;
- Defisit neurologi berbilang yang menyebabkan kecacatan fungsi motor dan deria untuk tempoh yang berterusan sekurang-kurangnya enam (6) bulan; dan
- Sejarah eksaserbasi dan peredaan bagi simptom-simptom yang disebut dan defisit neurologi yang didokumenkan dengan baik.

### XXXIII. Hipertensi Arteri Pulmonari Primer – keterangan tertentu

Diagnosis muktamad hipertensi pulmonari primer dengan pembesaran ketara ventrikel kanan yang ditentukan menerusi penyiasatan termasuk kateter jantung, yang menyebabkan kecacatan fizikal kekal sehingga tahap sekurang-kurangnya klasifikasi Kelas III Persatuan Jantung New York (NYHA) bagi kerosakan jantung.

Hipertensi arteri pulmonari disebabkan oleh sebab-sebab lain adalah dikecualikan daripada manfaat ini.

Klasifikasi NYHA bagi Kerosakan Jantung untuk Kelas III dan Kelas IV bermaksud seperti berikut:

- Kelas III: Aktiviti fizikal yang terhad. Selesa ketika rehat, tetapi aktiviti yang kurang daripada kebiasaan akan menyebabkan simptom-simptom.
- Kelas IV: Tidak boleh terlibat dalam apa jua aktiviti fizikal tanpa merasa tidak selesa. Simptom-simptom mungkin muncul walaupun ketika rehat.

### XXXIV. Penyakit Sistik Medular

Penyakit buah pinggang keturunan yang progresif dicirikan oleh kewujudan sista dalam medula, atrofi tubular dan fibrinosis interstitial dengan manifestasi klinikal seperti anemia, poliuria dan kehilangan natrium dari ginjal, yang menyebabkan kegagalan ginjal kronik. Diagnosis mestilah disokong oleh biopsi ginjal.

### XXXV. Kardiomiopati – keterangan tertentu

Diagnosis muktamad kardiomiopati oleh pakar kardiologi yang menyebabkan kerosakan fungsi ventrikel kekal dan menyebabkan kerosakan fizikal kekal pada sekurang-kurangnya klasifikasi kelas III Persatuan Jantung New York (NYHA) mengenai

kerosakan jantung. Diagnosis hendaklah disokong oleh hasil penemuan ekokardiografik untuk prestasi ventrikel yang dikompromi.

Klasifikasi NYHA bagi Kerosakan Jantung untuk Kelas III dan Kelas IV bermaksud seperti berikut:

- Kelas III: Aktiviti fizikal yang terhad. Selesa ketika rehat, tetapi aktiviti yang kurang daripada kebiasaan akan menyebabkan simptom-simptom.
- Kelas IV: Tidak boleh terlibat dalam apa jua aktiviti fizikal tanpa merasa tidak selesa. Simptom-simptom mungkin muncul walaupun ketika rehat.

Kardiomiopati yang berkait langsung dengan penyalahgunaan alkohol atau dadah adalah tidak dilindungi

### XXXVI. Lupus Eritematosus Sistemik Dengan Komplikasi Buah Pinggang Yang Teruk

Diagnosis muktamad Lupus Eritematosus Sistemik yang disahkan oleh pakar reumatologi.

Untuk definisi ini, kejadian yang dilindungi akan dibayar jika ia mengakibatkan Lupus Nefritis Jenis III hingga Jenis V, yang dibuktikan oleh biopsi ginjal. Bentuk lain seperti lupus diskoid, atau jenis lain dengan hematologi atau penglibatan sendi sahaja adalah tidak dilindungi.

Klasifikasi Lupus oleh WHO:-

- Jenis III - Glomerulonefritis Segmen Fokus
- Jenis IV - Glomerulonefritis Resap
- Jenis V - Glomerulonefritis

### PENGECUALIAN UNTUK PENYAKIT KRITIKAL

Kejadian berikut tidak dilindungi dibawah peruntukan ini:

- i. Satu episod penyakit arteri koroneri atau iskemia jantung yang berlaku sebelum tarikh dikeluarkan atau mana-mana tarikh pengembalian semula polisi, yang mana kemudian
- ii. Diagnosis untuk penyakit ini dalam tempoh enam puluh (60) hari dari tarikh dikeluarkan atau tarikh pengembalian semula polisi, yang mana kemudian,
- iii. Selain daripada kejadian pertama untuk penyakit kritikal
- iv. Diagnosis untuk Sindrom Kurang Daya Melawan Penyakit (AIDS) atau Komplek berkaitan AIDS (ARC) tidak kira bagaimana simptom ini diperolehi atau dinamakan.

## BAHAGIAN II – HAD MANFAAT DAN SYARAT-SYARAT PEMBAYARAN

### UNIT RAWATAN RAPI

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 di Unit

## POLISI MEDIGUARD SUPREME

Rawatan Rapi Hospital. Bayaran manfaat ini hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh Hospital tertakluk kepada manfaat maksimum bagi mana-mana satu hari, dan bilangan maksimum hari, seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Apabila tempoh dimasukkan ke hospital di Unit Rawatan Rapi melebihi tempoh maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat, maka pembayaran balik akan dihadkan kepada kadar Bilik dan Makan Harian Hospital.

Manfaat Bilik dan Makan Hospital tidak boleh dibayar bagi tempoh dimasukkan ke hospital tersebut apabila Manfaat Unit Rawatan Rapi Harian dibayar.

### **BAYARAN PEMBEDAHAN**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk pembedahan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar, termasuk lawatan penilaian prapembedahan Orang Yang Diinsuranskan oleh Pakar dan rawatan selepas pembedahan hingga bilangan hari maksimum dari tarikh pembedahan, tetapi dalam tempoh maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Jika lebih daripada satu pembedahan dijalankan bagi Mana-mana Satu Hilang Upaya, jumlah bayaran untuk semua pembedahan yang dijalankan, tidak boleh melebihi jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

### **BILIK BEDAH**

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

### **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.

### **UJIAN DIAGNOSTIK PRAHOSPITAL**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk ECG, sinar-x dan ujian makmal yang Perlu Dari Segi Perubatan yang dijalankan di Hospital untuk tujuan diagnostik bagi kecederaan atau penyakit apabila berkaitan dengan Hilang Upaya sebelum dimasukkan ke hospital mengikut bilangan hari dan jumlah maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat dan yang disyorkan oleh pengamal perubatan yang layak. Bayaran tidak akan dibuat jika dalam khidmat diagnostik itu, Orang Yang Diinsuranskan tidak perlu dimasukkan ke hospital untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu. Bayaran ubat dan rundingan yang dikenakan oleh pengamal perubatan tidak akan dibayar.

Manfaat ini tidak akan dibayar sekiranya pembelanjaan ini telah dibayar di bawah Manfaat Rawatan Klinikal Pesakit Luar, jika Orang Yang Diinsuranskan telah disediakan Manfaat Rawatan Klinikal Pesakit Luar Tambahan seperti terkandung dalam Jadual Insurans dan Jadual Manfaat. Walaubagaimanapun, jika mempunyai lebih kepada had maksimum dibayar di bawah Manfaat Rawatan Klinikal Pesakit Luar pembelanjaan akan dibayar di bawah manfaat ini, tertakluk kepada had maksimum jumlah hari dan amaun

yang terkandung dalam Jadual Manfaat.

### **RUNDINGAN PAKAR PRAHOSPITAL**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk rundingan kali pertama oleh Pakar yang berkaitan dengan Hilang Upaya dalam bilangan hari maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat sebelum dimasukkan ke Hospital, dan dengan syarat rundingan itu Perlu Dari Segi Perubatan dan telah disyorkan secara bertulis oleh pengamal perubatan am yang memberikan rawatan.

Bayaran tidak akan dibuat untuk rawatan klinikal (termasuk ubat dan rundingan berikutnya selepas penyakit didiagnosis) atau apabila Orang Yang Diinsuranskan tidak dimasukkan ke hospital untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu.

Manfaat ini tidak akan dibayar sekiranya pembelanjaan ini telah dibayar di bawah Manfaat Rawatan Klinikal Pesakit Luar, jika Orang Yang Diinsuranskan telah disediakan Manfaat Rawatan Klinikal Pesakit Luar Tambahan seperti terkandung dalam Jadual Insurans dan Jadual Manfaat. Walaubagaimanapun, jika mempunyai lebih kepada had maksimum dibayar di bawah Manfaat Rawatan Klinikal Pesakit Luar pembelanjaan akan dibayar di bawah manfaat ini, tertakluk kepada had maksimum jumlah hari dan amaun yang terkandung dalam Jadual Manfaat.

### **LAWATAN PAKAR PERUBATAN DALAM HOSPITAL**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan oleh Pakar Perubatan untuk lawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan ke atas pesakit dalam berbayar semasa dimasukkan ke hospital kerana Hilang Upaya bukan pembedahan tertakluk kepada maksimum 2 lawatan sehari tidak melebihi bilangan hari maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

### **RAWATAN SELEPAS PENGHOSPITALAN**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dalam rawatan susulan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar Perubatan yang sama yang telah memberikan rawatan, mengikut bilangan hari dan jumlah maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat sebaik sahaja selepas keluar dari Hospital kerana Hilang Upaya bukan pembedahan.

### **BEKALAN & KHIDMAT HOSPITAL**

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

### **UBAT YANG DIPRESKRIPSIKAN**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk ubat yang diberikan oleh Pakar

## POLISI MEDIGUARD SUPREME

Perubatan, Ahli Farmasi Berdaftar atau Hospital dan yang dipreskripsikan oleh Pakar Perubatan atau Pakar bagi rawatan Hilang Upaya yang dilindungi. Ini hendaklah termasuk ubat yang dipreskripsikan dalam rawatan susulan tetapi tidak boleh melebihi bekalan yang diperlukan untuk bilangan hari maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

### **BAYARAN AMBULANS**

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

### **ELAUN TUNAI HARIAN DI HOSPITAL KERAJAAN**

Bayaran elaun harian bagi setiap hari semasa berada di hospital untuk Hilang Upaya yang dilindungi di Hospital Kerajaan Malaysia, dengan syarat Orang Yang Diinsuranskan dihadkan kepada kadar Bilik dan Makan yang tidak melebihi jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat. Bayaran tidak akan dibuat jika ada sebarang pemindahan ke atau dari mana-mana Hospital Swasta dan Hospital Kerajaan Malaysia bagi Hilang Upaya yang dilindungi.

### **LAPORAN PERUBATAN**

Pampasan caj yang dikenakan untuk laporan perubatan sehingga jumlah maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

### **CUKAI PERKHIDMATAN KERAJAAN**

Pampasan caj cukai yang dikenakan ke atas kos bilik dan makanan harian. Ini tertakluk kepada had peratusan kos bilik dan makanan yang layak diperolehi seperti dinyatakan di dalam Jadual Manfaat.

### **MANFAAT PENJAGA HARIAN BAGI ORANG YANG DIINSURANSKAN**

Pembayaran balik (hingga had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat) belanja untuk makan dan penginapan yang ditanggung semasa menjaga Orang yang Diinsuranskan (umur seperti terkandung dalam Jadual Manfaat) di hospital hingga bilangan hari maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

### **RAWATAN DIALISIS BUAH PINGGANG PESAKIT LUAR TAHUNAN**

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

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

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

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

### **RAWATAN KANSER PESAKIT LUAR TAHUNAN**

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

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

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

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

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

### **TRANSPLAN ORGAN**

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

## POLISI MEDIGUARD SUPREME

### RAWATAN PEMULIHAN DI RUMAH

Manfaat rawatan pemulihan di rumah akan dibayar sekiranya penjagaan dilaksanakan di bawah pelan yang disemak dari masa ke semasa oleh Pengamal Perubatan berdaftar dan manfaat ini hanya akan dibayar selepas 3 hari penginapan minimum di hospital dan bermula dalam masa 7 hari dari tarikh keluar hospital. Manfaat yang dibayar adalah bersamaan dengan bayaran yang sebenarnya tetapi dalam apa jua keadaan tidak boleh melebihi had maksimum 20 minggu dan jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat bagi Setiap Hilang Upaya.

Perlindungan rawatan pemulihan di rumah ini termasuk:

- Terapi fizikal, pekerjaan atau pertuturan;
- Penjagaan sementara yang diberikan di bawah penyeliaan jururawat berdaftar;
- Perkhidmatan sementara oleh pembantu kesihatan rumah;
- Perkhidmatan perubatan sosial di bawah penyeliaan terus oleh doktor.

Penjagaan kustodian, makanan, perkhidmatan pengurusan rumah, teman dan untuk keselesaan peribadi adalah dikecualikan.

### RAWATAN FISIOTERAPI PESAKIT LUAR

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang dikenakan untuk rawatan fisioterapi pesakit luar selepas menjalani pembedahan atau rawatan di hospital. Rawatan mesti dicadangkan secara bertulis oleh pengamal perubatan atau pakar bedah dan dijalankan dalam tempoh bilangan hari maksimum dan jumlah maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat dari tarikh keluar hospital atau pembedahan bagi setiap Hilang Upaya.

### RAWATAN PESAKIT LUAR BAGI KEMALANGAN DAN KECEMASAN

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

### RAWATAN PERGIGIAN KECEMASAN PESAKIT LUAR

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung hingga jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat, bagi kerosakan gigi asli yang diakibatkan oleh Kemalangan untuk rawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan sebagai pesakit luar di mana-mana klinik pergigian atau Hospital berdaftar dalam tempoh 24 jam dari masa berlaku Kemalangan. Rawatan susulan oleh doktor gigi yang sama atau klinik atau Hospital berdaftar yang sama akan disediakan hingga jumlah maksimum dan bilangan

hari maksimum seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Rawatan susulan untuk pemulihan, penyakit gusi, orthodontal dan perkhidmatan prosthodontal tidak dilindungi.

### HAD TAHUNAN KESELURUHAN BERGANDA (DISEBABKAN PENYAKIT KRITIKAL)

Apabila didiagnosis menghadapi penyakit kritikal seperti yang ditakrifkan didalam Polisi, Manfaat ini digandakan daripada had tahunan keseluruhan untuk pelan yang dipilih.

### SINDROM KURANG DAYA TAHAN MELAWAN PENYAKIT (AIDS)

Jika Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital dan didiagnosis menghadapi Sindrom Kurang Daya Tahan Melawan Penyakit (AIDS) dan komplikasinya dengan kehadiran virus Kurang Daya Tahan Melawan Penyakit (HIV-Human Immunodeficiency Virus) atau Kompleks Berkaitan AIDS (ARC) dan telah disahkan oleh pengamal perubatan hospital, manfaat akan dibayar penuh sekali seumur hidup tetapi tidak melebihi had yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat.

### SARINGAN KESIHATAN

Manfaat ini membolehkan Orang yang Diinsuranskan mendapat Pra-Penentuan Saringan Kesihatan, berupa pemeriksaan darah dan urin, daripada pemberi perkhidmatan yang dilantik oleh Syarikat sekali pada setiap tahun polisi selagi polisi masih berkuatkuasa.

Manfaat Saringan Kesihatan ini tidak dijamin dan Syarikat berhak untuk menyemak, menagguhkan, menarik atau membantalkan manfaat ini pada bila-bila masa dengan menghantar notis bertulis melalui pos biasa ke alamat terakhir Orang yang Diinsuranskan sepertimana yang dinyatakan oleh Syarikat. Dalam keadaan lain, premium akan diubah sewajarnya, jika dianggap perlu oleh Syarikat.

### PANDANGAN PERUBATAN KEDUA (AKIBAT PENYAKIT KRITIKAL)

Apabila didiagnosis Penyakit Kritikal, Manfaat ini membolehkan Orang Yang Menerima Perlindungan mendapatkan pendapat perubatan kedua atas Penyakit Kritikal yang didiagnosiskannya dari Doktor atau Doktor Bedah yang dilantik oleh pihak Syarikat pada setiap tahun polisi tertakluk kepada syarat Polisi ini masih berkuatkuasa.

Melalui Manfaat ini, Orang Yang Menerima Perlindungan boleh mengakses kumpulan Doktor atau Doktor Bedah yang dilantik dalam kemudahan perubatan tertakluk kepada terma-terma dan syarat-syarat berikut:

- (a) Orang Yang Menerima Perlindungan mungkin diberikan rancangan pengesyoran rawatan komprehensif untuk keadaan kesihatannya;
- (b) Sebarang kos yang dikenakan untuk mendapat bahan visual perubatan (seperti Pancaran-X, Skan CT dan MRI, imej-imej ultra-bunyi dan sebagainya) dan ujian tambahan sepertimana diperlukan oleh Doktor atau Doktor Bedah tidak dibiayai oleh pihak Syarikat;
- (c) Penggunaan Pandangan Perubatan Kedua tidak



## POLISI MEDIGUARD SUPREME

boleh dianggap sebagai pengakuan tuntutan Penyakit Kritikal atau manfaat lain oleh pihak syarikat;

- (d) Jika pembekal perkhidmatan tidak memberikan perkhidmatan pendapat pihak kedua, pihak syarikat akan mencari pembekal perkhidmatan yang sesuai untuk terus memberikan perkhidmatan tersebut;
- (e) Pandangan Perubatan Kedua ini tidak dijamin dan pihak Syarikat berhak mengulangkaji, menggantung atau membatalkan manfaat ini pada bila-bila masa dengan menghantar notis secara bertulis melalui pos biasa ke alamat terakhir Pemunya polisi seperti yang diberikan kepada pihak Syarikat. Dalam keadaan tersebut, premium-premium akan diselaraskan semula, jika dianggap perlu oleh pihak Syarikat.
- (f) Setiap Orang Yang Diinsuranskan berhak untuk sekali Pandangan Perubatan Kedua dalam setahun polisi tidak mengira jumlah polisi/plan yang diambil dengan Syarikat.

### **Pengecualian-pengecualian Pandangan Perubatan Kedua**

Pihak Syarikat tidak memberi Pandangan Perubatan Kedua sekiranya Kanser yang didiagnosis adalah disebabkan secara langsung atau tidak langsung, sepenuh atau sebahagian, oleh keadaan-keadaan dibawah:-

- (i) Sebarang penyakit-penyakit, selain daripada Penyakit Kritikal seperti mana ditakrifkan dalam polisi ini.
- (ii) Sebarang tanda-tanda atau simptom-simptom Penyakit Kritikal yang berlaku sebelum, atau semasa tempoh enam puluh (60) hari daripada Tarikh Berkesan.
- (iii) Sebarang Penyakit Kritikal yang disebabkan, sama ada secara langsung atau tidak langsung, oleh keadaan-keadaan congenital atau penyakit-penyakit yang telah wujud atau telah didiagnosis sebelum Orang Yang Menerima Perlindungan.
- (iv) Sebarang Penyakit atau pembedahan terlindung yang disebabkan oleh kecederaan diri; dan
- (v) Menurut pendapat pihak Syarikat, Penyakit Kritikal yang didiagnosis adalah disebabkan secara langsung atau tidak langsung oleh AIDS (Sindrom Kekurangan Keimunan yang Diperolehi) atau jangkitan HIV (Virus Kekurangan Keimunan Manusia)

### **BAYARAN PENUH UNTUK RAWATAN HOSPITAL KERAJAAN**

Pampasan penuh yang dibayar untuk kemasukan ke hospital kerajaan bergantung kepada Had Tahunan Keseluruhan pelan yang dipilih.

### **BONUS TANPA TUNTUTAN**

Had Tahunan Keseluruhan akan ditingkatkan sebanyak 5% setahun sehingga maksimum 50% untuk jumlah keseluruhan had tahunan bagi tahun pertama polisi berdasarkan tiada tuntutan dibuat untuk tahun sebelum dan polisi masih berkuatkuasa secara berterusan tanpa apa-apa tempoh luput dan pengembalian semula.

## **BAHAGIAN III – HAD DAN PENGECUALIAN**

### **HAD MANFAAT**

Manfaat yang dibayar untuk bayaran yang dikenakan ke atas rawatan yang diberikan kepada Orang Yang Diinsuranskan dalam Tempoh Insurans tertakluk kepada

- i. **BAYARAN MUNASABAH DAN BIASA DIAMALKAN** untuk rawatan yang diberikan tetapi tiada manfaat akan dibayar sekiranya tuntutan penginapan hospital tidak berkaitan dengan diagnosis dan rawatan yang dilakukan oleh pengamal perubatan;
- ii. Had manfaat yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat Polisi menurut Jenis Pelan Orang Yang Diinsuranskan yang telah ditetapkan dalam Jadual Insurans yang dilampirkan bersama; dan
- iii. Had Tahunan Keseluruhan yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat Polisi menurut Jenis Pelan Orang Yang Diinsuranskan yang telah ditetapkan dalam Jadual Insurans yang dilampirkan bersama.

### **HAD MINIMUM PENGINAPAN HOSPITAL**

Setiap penginapan hospital mestilah untuk tempoh minimum dua belas (12) jam sebelum manfaat dibayar atas cadangan doktor. Walaubagaimanapun, tiada tempoh minimum penginapan hospital akan diambil kira sekiranya penginapan berkaitan dengan pembedahan atau rawatan kecemasan akibat kemalangan.

### **PENGECUALIAN**

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

1. Penyakit sedia ada.
2. Penyakit yang ditetapkan yang berlaku dalam tempoh 120 hari pertama bagi perlindungan berterusan.
3. Apa-apa keadaan perubatan atau fizikal yang berlaku dalam tempoh 30 hari pertama perlindungan atau tarikh pengembalian semula bagi Orang Yang Diinsuranskan, mengikut mana-mana yang terakhir kecuali untuk kecederaan akibat kemalangan.
4. Pembedahan plastik/kosmetik, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembedahan penglihatan dekat melalui pembiasan atau pembedahan (Keratotomy Radial atau Lasik) dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik seperti anggota tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.
5. 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.

## POLISI MEDIGUARD SUPREME

6. Penjagaan peribadi, rehat pulih atau jagaan kebersihan, dadah yang tidak dibenarkan, intoksikasi, pensterilan, penyakit venereal dan sekuelanya, AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Melawan Penyakit) atau ARC (Kompleks Berkaitan AIDS) dan penyakit berkaitan dengan HIV kecuali manfaat bayaran penuh apabila didiagnos seperti yang dinyatakan di dalam jadual manfaat, dan apa-apa penyakit berjangkit yang memerlukan kuarantin oleh undang-undang.
7. Apa-apa rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.
8. Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, menggugurkan kandungan dan jagaan serta pembedahan pranatal atau postnatum, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pensterilan.
9. Penghospitalan terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis, pemeriksaan sinar-x, pemeriksaan fizikal atau perubatan 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.
10. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.
11. 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.
12. Radiasi pengionan atau pencemaran melalui radioaktiviti daripada mana-mana bahan api nuklear atau sisa nuklear daripada proses pembelahan nuklear atau daripada apa-apa bahan senjata nuklear.
13. Belanja yang ditanggung untuk menderma mana-mana organ tubuh oleh Orang Yang Diinsuranskan dan kos pemerolehan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma ketika transplan organ dan komplikasinya.
14. Penyiasatan dan rawatan gangguan tidur dan dengkur, terapi penggantian hormon dan terapi pilihan seperti rawatan, khidmat atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada khidmat kiropraktik, akupunktur, akutekanan, refleksologi, pengikatan tulang, rawatan pakar herba, urut atau terapi aroma atau rawatan pilihan yang lain.
15. Jagaan atau rawatan yang pembayarannya tidak dikehendaki atau setakat yang ia dibayar oleh mana-mana insurans lain atau tanggung rugi yang melindungi Orang Yang Diinsuranskan dan Hilang Upaya yang timbul daripada tugas dalam pekerjaan atau kerjaya yang dilindungi di bawah Kontrak Insurans Pampasan Pekerja.
16. Psikotik, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).
17. Kos/belanja bagi khidmat yang bersifat bukan perubatan, seperti televisyen, telefon, khidmat teleks, radio atau kemudahan yang serupa, kit/pek kemasukan dan barang bukan perubatan lain yang tidak layak.
18. Sakit atau kecederaan yang timbul daripada apa-apa jenis perlumbaan (kecuali perlumbaan jalan kaki), sukan berbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjun di udara, luncur air, aktiviti dalam air yang memerlukan alat pernafasan, sukan musim sejuk, sukan profesional dan aktiviti yang tidak dibenarkan.
19. Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.
20. Belanja yang ditanggung untuk menukar jantina.

## BAHAGIAN IV – PROSEDUR TUNTUTAN

### 1. PERKARA-PERKARA MENGENAI TUNTUTAN

- (a) Orang Yang Diinsuranskan hendaklah dalam tempoh 30 hari Hilang Upaya yang melibatkan belanja boleh tuntutan, memberikan notis bertulis kepada Syarikat dengan menyatakan butiran lengkap kejadian tersebut, termasuk semua bil dan resit asal, serta laporan lengkap Pakar Perubatan yang menyatakan diagnosis keadaan yang dirawat dan tarikh Hilang Upaya bermula mengikut pendapat Pakar Perubatan dan rumusan kos rawatan oleh Pakar Perubatan termasuk ubat dan khidmat yang diberikan. Kegagalan memberikan notis tersebut dalam tempoh yang dibenarkan tidak boleh membatalkan apa-apa tuntutan jika ditunjukkan tidak munasabah untuk memberikan notis itu dan notis itu telah diberikan secepat yang mungkin.
- (b) Orang Yang Diinsuranskan hendaklah mendapatkan dan bertindak berdasarkan nasihat perubatan yang sewajarnya dan Syarikat tidak bertanggungjawab jika rawatan atau

# POLISI MEDIGUARD SUPREME

khidmat diperlukan berikutan kegagalan Orang Yang Diinsuranskan berbuat demikian.

## 2. TUNTUTAN TIDAK LENGKAP

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

## 3. MATA WANG BAYARAN

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

## 4. BAYARAN TUNTUTAN

Tuntutan akan dibayar melalui cek atas nama Pemegang Polisi atau kepada sesiapa yang diarah oleh Pemegang Polisi atas kebenaran Syarikat. Tuntutan hanya akan dibayar selepas pesakit keluar daripada hospital kecuali pesakit menjalani rawatan melebihi tiga puluh (30) hari, di mana Syarikat akan membayar tuntutan sewaktu pesakit masih menjalani rawatan di hospital berdasarkan bil-bil semasa yang diterima daripada Orang Yang Diinsuranskan.

## BAHAGIAN V – BAHAGIAN LAIN-LAIN SYARAT POLISI

Polisi ini dan Jadualnya hendaklah dibaca sebagai satu kontrak dan sebarang perkataan atau pernyataan yang disertakan dengan makna khusus dalam mana-mana bahagian Polisi atau Jadual membawa makna khusus yang sama di mana juga 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 diparap oleh wakil Syarikat yang diberi kuasa.

### PRASYARAT LIABILITI

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

## TAMBAHAN ORANG YANG DIINSURANSKAN

Tanggungjawab Pemegang Polisi yang layak diinsuranskan hendaklah, dari masa ke semasa dalam tempoh kuat kuasa Polisi ini, dimasukkan sebagai Orang (Orang-Orang) Yang Diinsuranskan di bawah Polisi ini jika:-

- Pemegang Polisi meminta kemasukan tersebut;
- Tanggungjawab tersebut layak Diinsuranskan mengikut syarat-syarat dan piawaian penerimaan Syarikat; dan
- Bayaran premium tambahan yang diperlukan telah dibayar.

## TEMPOH PERLINDUNGAN DAN PEMBAHARUAN (terpakai kepada polisi boleh baharu bersyarat dengan penetapan harga portfolio)

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

Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan pemegang polisi tertakluk kepada terma, syarat dan penamatan pada setiap tarikh ulang tahun Polisi. Premium pembaharuan yang dibayar tidak dijamin dan Syarikat berhak menyemak semula kadar premium yang terpakai pada masa pembaharuan itu. Perubahan tersebut, jika ada, hendaklah terpakai kepada semua pemegang polisi tanpa mengambil kira pengalaman tuntutan mereka mengikut penilaian risiko Syarikat.

Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan pemegang polisi sehingga berlaku mana-mana yang berikut:

- premium tidak dibayar atau premium tidak dibayar mengikut masa
- penipuan atau salah nyataan fakta penting semasa membuat permohonan
- polisi dibatalkan atas permintaan pemegang polisi
- jumlah tuntutan polisi mencapai had seumur hidup yang ditetapkan dan/atau berlaku kematian Orang yang Diinsuranskan
- Orang yang Diinsuranskan tidak lagi layak menjadi tanggungan berdasarkan takrif polisi
- Orang yang Diinsuranskan mencapai had umur perlindungan yang ditetapkan
- penamatan perlindungan semua polisi dalam pasaran tertentu dan Syarikat menarik balik polisi ini sepenuhnya dari pasaran menurut Syarat Penarikan Balik Portfolio.

## WILAYAH PASARAN GEOGRAFI

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

## RAWATAN LUAR NEGARA

Jika Orang Yang Diinsuranskan ingin mendapatkan rawatan luar negara, manfaat berkaitan rawatan hendaklah dilindungi tertakluk kepada pengecualian, had dan syarat yang ditetapkan dalam Polisi ini dan

## POLISI MEDIGUARD SUPREME

semua manfaat akan dibayar berdasarkan keputusan kadar pertukaran mata wang rasmi pada hari terakhir Tempoh Dimasukkan Ke Hospital dan tidak termasuk kos pengangkutan ke tempat rawatan disediakan;

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

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

### PEGGANTI PEMEGANG POLISI

Ketika kematian Pemegang Polisi semasa Polisi ini berkuat kuasa, jika suami/isteri sah Pemegang Polisi pada masa tersebut juga merupakan Orang Yang Diinsuranskan, dia akan secara automatik menjadi Pemegang Polisi. Semua rujukan dalam Polisi yang merujuk kepada Pemegang Polisi akan bermaksud suami/isteri berkenaan.

### PREMIUM

Premium untuk Polisi ini adalah berdasarkan kepada Kadar Premium yang ditunjukkan dalam Jadual Insurans.

Cara bayaran premium adalah setahun sekali dan dibayar terdahulu oleh Orang Yang Diinsuranskan kecuali mendapat kebenaran atau kelulusan daripada Syarikat. Premium pertama perlu dibayar pada Tarikh Bermula Polisi atau selepas mendapat kebenaran atau kelulusan daripada Syarikat dan premium selanjutnya harus dibayar pada setiap permulaan Tahun Polisi yang berikutnya.

Syarikat berkuasa untuk membuat pertukaran kadar premium daripada senarai kadar Jadual Manfaat pada Tarikh Pembaharuan Polisi dengan syarat kadar premium telah aktif selama setahun (12 bulan) dan Syarikat telah memberi notis kepada Pemegang Polisi sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari sebelum tarikh luput pembayaran premium.

### PEMBAHARUAN

Syarikat tidak bertanggungjawab untuk memberi notis bagi memaklumkan tentang pembaharuan Polisi dan premium yang perlu dibayar pada tarikh luput Polisi. Premium mesti dibayar dalam tempoh 14 hari selepas tarikh luput. Bagaimanapun dalam tempoh 14 hari tersebut, Syarikat akan tetap memberikan perlindungan jika premium dibayar sebelum atau pada hari terakhir tempoh tersebut melainkan syarikat atau Orang Yang Diinsuranskan telah memberi notis supaya tidak memperbaharui Insurans.

Permohonan untuk menukar manfaat kepada rancangan lebih tinggi hanya boleh dibuat pada waktu pembaharuan dan ini tertakluk kepada penerimaan Syarikat.

### PENGEMBALIAN SEMULA

Selepas penamatan Polisi atau sebarang kontrak tambahan, Pemegang Polisi boleh memohon untuk menghidupkan semula Polisi tersebut dengan meminta kebenaran daripada Syarikat, di mana syarat-syarat tertentu akan dikenakan.

### PINDAAN

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

### PEMBATALAN

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

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

### PERAKUAN, MAKLUMAT DAN BUKTI

Semua sijil, maklumat, laporan dan bukti perubatan seperti yang dikehendaki oleh Syarikat hendaklah diserahkan atas belanja Orang Yang Diinsuranskan, dan dalam borang tertentu yang mungkin dikehendaki oleh Syarikat. Semua notis apabila dikehendaki oleh Syarikat supaya diberikan oleh Pemegang Polisi, hendaklah secara bertulis dan dialamatkan kepada Syarikat. Orang Yang Diinsuranskan hendaklah, atas permintaan dan



# POLISI MEDIGUARD SUPREME

belanja Syarikat, menyerahkan kepada pemeriksaan perubatan apabila ia dianggap perlu.

## UNDANG-UNDANG YANG MENGAWAL POLISI

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

## PROSIDING UNDANG-UNDANG

Tindakan undang-undang atau ekuiti tidak boleh dibawa ke mahkamah untuk mendapatkan semula Polisi ini sebelum tamat tempoh enam puluh (60) hari selepas bukti bertulis tentang kerugian diberikan menurut keperluan Polisi ini. Jika Orang Yang Diinsuranskan gagal memberikan bukti kerugian yang diperlukan seperti yang dinyatakan oleh terma, peruntukan dan syarat Polisi, maka Orang Yang Diinsuranskan boleh, dalam tempoh bertenang bagi satu tahun kalendar dari masa bukti bertulis bagi kerugian itu diberikan, menyerahkan bukti kerugian yang berkaitan kepada Syarikat dengan alasan yang kukuh kerana kegagalan mematuhi terma, peruntukan dan syarat Polisi. Penerimaan bukti kerugian itu adalah semata-mata dan sepenuhnya mengikut budi bicara Syarikat. Selepas tempoh bertenang itu tamat, Syarikat tidak akan menerima, walau dengan apa-apa alasan sekalipun, bukti bertulis tentang kerugian itu.

## TIMBANG TARA

Semua perbezaan yang timbul daripada Polisi ini hendaklah dirujuk kepada penimbang tara yang hendaklah dilantik secara bertulis oleh pihak dalam perbezaan. Jika mereka tidak berjaya mendapatkan persetujuan tentang siapa yang akan menjadi Penimbang Tara dalam tempoh satu (1) bulan apabila diminta secara bertulis untuk berbuat demikian, maka kedua-dua pihak layak melantik Penimbang Tara yang setiap seorang akan mendengar perbezaan itu bersama-sama dengan Pengadil yang akan dilantik oleh kedua-dua Penimbang Tara itu. Walau bagaimanapun, dengan syarat apa-apa penafian liabiliti oleh Syarikat bagi apa-apa tuntutan di bawah ini hendaklah dirujuk kepada Penimbang Tara dalam tempoh dua belas (12) bulan kalendar dari tarikh penafian tersebut.

## SALAH NYATA ATAU KETINGGALAN FAKTA PENTING

### Jika:

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

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

## SILAP NYATA UMUR

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

Apa-apa premium yang berlebihan, yang mungkin telah dibayar akibat silap nyata umur, hendaklah dibayar balik tanpa faedah. Jika pada umur yang betul, Orang Yang Diinsuranskan itu tidak layak dilindungi di bawah Polisi ini, maka tiada manfaat akan dibayar.

## KONTRAK POLISI

Tertakluk kepada pindaan yang dibenarkan di bawah, Polisi ini berserta jadual yang dilampirkan, Borang Cadangan Pemegang Polisi/ Orang Yang Diinsuranskan (kecuali yang sama dikecualikan) (mengikut mana-mana yang berkenaan) merupakan keseluruhan Kontrak antara pihak-pihak dan tidak ada usaha lain, kenyataan, perwakilan, waranti, janji-janji, nyata atau tersirat, selain yang terkandung kontrak ini.

Ejen atau Broker tidak mempunyai kuasa untuk meminda Polisi ini, menerima bayaran secara terunggak, melanjutkan tarikh bayaran premium, mengetepikan sebarang hak atau kehendak Syarikat, mengikat Syarikat dengan membuat sebarang perjanjian atau menerima sebarang perwakilan atau maklumat dari segi Polisi ini. Segala perubahan pada Polisi ini tidak sah sehingga Syarikat meluluskan dan dibuktikan melalui endorsemen, atau melalui pindaan sepertimana diarahkan oleh Syarikat.

## PERUBAHAN DALAM RISIKO

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

## SUBROGASI

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

## SUMBANGAN

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

## BAYARAN BERSAMA BILIK DAN MAKAN DINAIKKAN

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



## POLISI MEDIGUARD SUPREME

manfaat lain yang dia layak yang diterangkan dalam Jadual Manfaat tetapi terhad kepada had maksimum RM 3,000 untuk setiap Hilang Upaya bagi pelan yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat dengan Had Tahunan Keseluruhan tidak melebihi RM 100,000 atau terhad kepada had maksimum RM 5,000 untuk setiap Hilang Upaya bagi pelan yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat dengan Had Tahunan Keseluruhan melebihi RM 100,000.

### PEMILIKAN POLISI

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

### TEMPOH TANGGUH

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

### TINGGAL DI LUAR NEGARA

Tiada manfaat akan dibayar untuk apa-apa rawatan perubatan yang diterima oleh Orang Yang Diinsuranskan di luar Malaysia, jika Orang Yang Diinsuranskan itu tinggal atau membuat perjalanan di luar Malaysia lebih daripada sembilan puluh (90) hari berturut-turut.

### PENGAMBILALIHAN POLISI "TAKE OVER POLICIES" (tertakluk hanya jika dinyatakan di dalam Jadual Polisi)

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

### POLISI DITINGKATKAN "UPGRADED POLICIES" (tertakluk hanya jika dinyatakan di dalam Jadual Polisi)

Jika Manfaat Layak Diterima bagi mana-mana Orang Yang Diinsuranskan di bawah syarat Polisi ini ditambah semasa ia berkuat kuasa atau pada masa Pembaharuan atau penggantian dan jika Orang Yang Diinsuranskan itu mengalami Hilang Upaya sebelum atau pada masa Manfaat ditambah, maka Had Manfaat yang dibayar bagi Hilang Upaya itu tidak boleh melebihi Had Manfaat sebelum tarikh Manfaat itu ditingkatkan.

### POLISI PENGUBAHAN "CONVERSION POLICIES" (tertakluk hanya jika dinyatakan di dalam Jadual Polisi)

Jika Manfaat Layak Diterima yang disediakan di bawah Polisi ini telah diubah daripada perlindungan "Had

Dalam" sedia ada kepada perlindungan "Pembayaran Balik Mengikut Bayaran/Penuh", dan jika Orang Yang Diinsuranskan itu mengalami Hilang Upaya sebelum atau pada masa Manfaat diubah, manfaat yang dibayar bagi Hilang Upaya itu hendaklah selaras dengan Jadual Manfaat sebelum tarikh Manfaat Layak Diterima diubah.

### TEMPOH BERTENANG "COOLING-OFF PERIOD"

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.

### SYARAT PENARIKAN BALIK PORTFOLIO

Syarikat berhak membatalkan portfolio secara keseluruhan jika ia memutuskan untuk menghentikan penanggung jaminan produk insurans ini.

Pembatalan portfolio secara keseluruhan hendaklah diberitahu melalui notis bertulis 30 hari kepada pemegang polisi dan Syarikat akan menghentikan semua polisi hingga ke tarikh tamat tempoh perlindungan dalam portfolio.

**KLAUSA DAN ENDORSEMEN  
Disertakan dan Dibaca sebagai  
sebahagian daripada Polisi  
(tertakluk hanya jika dinyatakan di  
dalam Jadual Polisi)**

### SYARAT-SYARAT KHAS UNTUK BAYARAN SECARA ANSURAN

#### BAHAGIAN I – DEFINISI

"Akaun Calonan" hendaklah bermaksud akaun yang dicalonkan oleh Pemegang Polisi dalam Arahan Pembayaran Ansuran Bulanan, atau diarahkan oleh Pemegang Polisi secara bertulis, di mana premium untuk Polisi sama ada didebitkan atau dikenakan bayaran.

#### BAHAGIAN V – BAHAGIAN LAIN-LAIN SYARAT POLISI

##### Pembatalan Secara Automatik

Polisi ini akan dibatalkan serta-merta pada pembatalan Akaun Calonan Pemegang Polisi di mana premium bagi polisi ini dicajkan.

Pembatalan ini merangkumi insurans tanggungan Orang Yang Diinsuranskan.

##### Pembatalan Tanpa Bayaran Premium

(a) Sekiranya premium permulaan yang dibilkan

## POLISI MEDIGUARD SUPREME

kepada Akaun Calon Pemegang Polisi tidak dibayar dalam jangka masa 15 hari, Polisi ini dianggap sebagai tidak sah dari tarikh bermulanya insurans ini, jikalau polisi telah dikeluarkan.

(b) Sekiranya satu atau lebih dari satu premium yang dibilkan kepada kad Akaun Calon Pemegang Polisi telah dibayar, sebarang premium yang tidak dibayar selepas itu akan menyebabkan Polisi ini batal mulai dari tarikh kegagalan membayar premium tersebut dan notis pembatalan tidak akan dikeluarkan.

### **Kedudukan Tuntutan Selepas Pembatalan**

Pembatalan yang dimaksudkan tidak akan menjejaskan terhadap tuntutan-tuntutan yang terjadi sebelum tarikh pembatalan ini.

### **Kedudukan Premium Selepas Pembatalan**

Pengembalian tidak akan dibuat untuk premium yang telah dibayar sehingga sebelum tarikh pembatalan. Sekiranya premium telah dibayar selepas dari tarikh pembatalan Polisi ini, premium tersebut akan dikembalikan kepada Akaun Calon Pemegang Polisi atau diberi kembali kepada Pemegang Polisi oleh Syarikat. Sekiranya premium masih belum dibayar sehingga ke tarikh pembatalan Polisi ini, Syarikat ini berhak mengemukakan bil premium tersebut kepada Akaun Calon Pemegang Polisi.

### **Premium**

(a) Premium seperti yang ternyata di Jadual Polisi akan matang pada Tarikh Polisi Bermula dan Sekiranya ia dibayar pada setiap bulan, pada tarikh yang sama setiap bulan selepas itu. Sekiranya pada tarikh matang premium itu tidak sama dengan tarikh mula polisi, maka premium mesti dibayar pada hari terakhir bulan tersebut.

(b) Premium akan dicajkan kepada Akaun Calon Pemegang Polisi.

### **Penambahan Orang Yang Diinsuranskan**

Premium yang sesuai untuk tanggungan yang layak tersebut akan dikemukakan bilnya kepada Akaun Calon Pemegang Polisi dan perlindungan untuk tanggungan yang layak di atas akan bermula pada tarikh permohonannya disetujui atau sebagaimana yang dipersetujui oleh Syarikat dan premium dibayar.

### **Pertimbangan**

Polisi ini dikeluarkan berdasarkan pertimbangan dari kenyataan yang terdapat dalam Borang Cadangan, Arahan Pembayaran Ansuran Bulanan dan dengan persetujuan dari Pemegang Polisi untuk membayar premium yang dibilkan ke Akaun Calon Pemegang Polisi.

### **Sijil / Jadual Pembaharuan**

Tertakluk kepada terma-terma dan syarat-syarat Polisi ini, apabila premium dibayar ianya akan memperbaharui Polisi ini secara automatik. Sijil/jadual pembaharuan akan dikeluarkan kepada Pemegang Polisi untuk setiap tahun polisi.

## NOTIS PENTING

1. Pemegang Polisi / Orang Yang Diinsuranskan hendaklah membaca Polisi ini dengan teliti, dan jika terdapat kesilapan atau keterangan yang salah, atau jika nota perlindungan tidak memenuhi kejangkapan Pemegang Polisi/ Orang Yang Diinsuranskan, dengan kadar segera memberitahu kepada Syarikat dan mengembalikan Polisi untuk membuat pembetulan sewajarnya. Sekiranya berlaku konflik atau percanggahan berhubung peruntukan teks Bahasa Inggeris dengan mana-mana Dokumen Kontrak dan apa-apa terjemahan, maka teks Bahasa Inggeris akan diguna pakai.
2. Pemegang Polisi / Orang Yang Diinsuranskan yang kurang berpuas hati dengan tindakan atau keputusan Syarikat, boleh mendapatkan bantuan melalui Unit Pengendalian Aduan kami dan sebagai alternatif, boleh juga mendapatkan pembelaan atau bantuan daripada Ombudsman Perkhidmatan Kewangan atau melayari Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (LINK), Bank Negara Malaysia yang beralamat seperti di bawah:

(a) Unit Pengendalian Aduan  
AmGeneral Insurance Berhad  
Menara Shell  
No. 211, Jalan Tun Sambanthan  
50470 Kuala Lumpur  
Peti Surat 11228, GPO Kuala Lumpur  
50740 W.P. Kuala Lumpur, Malaysia  
Tel : +603-2268 3333  
Faks : +603-2268 2222

(b) Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OFS)  
Tingkat 14, Blok Utama  
Menara Takaful Malaysia  
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman  
50000 Kuala Lumpur.  
Tel : +603-2272 2811  
Faks : +603-2272 1577

(c) Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (LINK)  
Tingkat Bawah, Blok C  
Bank Negara Malaysia  
Peti Surat 10922  
50929 Kuala Lumpur  
Tel : 1300 88 5465  
Faks : +603-2174 1515

MUKA SURAT INI SENGAJA DIBIARKAN KOSONG