STAMP DUTY PAID

MI-UW-S010

KURNIA HOSPITAL INCOME POLICY (MEDIGUARD INCOME)

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 Kurnia Hospital Income 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).

"Dependant" shall mean any of the following persons:
(a) a legally married spouse
(b) unmarried children over 30 days old

"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 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 physician, for a period of not less than 12 hours and for which a room and board charge is made by the Hospital. 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) hours 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.

"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.

"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.

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

"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.

"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.

"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.

"Medically Necessary" shall mean a medical service which is:-
(a) consistent with the diagnosis, and
(b) in accordance with standards of good medical practice, consistent with current standards of professional medical care, and of proven medical benefits, and
(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

"Waiting Period" Eligibility for benefits shall commence 30 days after the Insured Person has been included in the policy. This Waiting Period applies to all claims except for claims resulting from a covered Accident occurring after the effective date of coverage. However, if there is a break in insurance coverage, the Waiting Period shall apply again.

PART II – BENEFIT EXTENT

a) Daily Hospital Cash – For each day of hospitalization during the period of insurance, for which a Room and Board charge is made by the Hospital, the Company shall pay the daily benefit up to a maximum number of days per year as set forth in the Schedule of Benefits.

b) Daily Intensive Care Unit Cash – The Company shall pay the daily benefit as set forth in the Schedule of Benefit for each day of confinement as a bed patient in an Intensive Care ward of a Hospital during the period of insurance of this Policy up to the maximum number of days per year as set forth in the Schedule of Benefits. This benefit is payable in lieu of the benefit as described under Hospitalization Daily Benefit.

c) Daily Lodger Cash - The Company shall pay the daily lodger benefit as set forth in the Schedule of Benefit for each day of confinement.

d) Accidental Death – The Company shall pay the accidental lump sum death benefit as set forth in the Schedule of Benefits if the Insured Person under this Policy dies as a result of an accident within 30 days from the date of accident, provided the date of the accident falls within the period of insurance.

e) Lump Sum Critical Illness Cash – In the event that the Insured Person under this Policy is diagnosed and confirmed by a registered Medical Practitioner and supported by clinical, radiological, histological and laboratory evidence acceptable to the Company to be suffering from a covered Critical Illness during the period of insurance of this Policy, the Company shall pay the lump sum benefit as set forth in the Schedule of Benefit. The payment for this benefit is applicable one lifetime to either one of the critical illnesses as set forth in the Schedule of Benefit. This is further subjected to the Insured Person surviving for not less than 30 days after the date of first confirmed diagnosis.

PART III – LIMITATIONS AND EXCLUSIONS

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 or death.
4. Plastic Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness (Radial Keratotomy or Lasik).
5. Dental conditions including dental treatment or oral surgery except as necessitated by Accidental Injuries to sound natural teeth occurring wholly during the Period of Insurance.
6. Private nursing, rest cures or sanitaria care, illegal drugs, intoxication, sterilization, venereal disease and its sequelae, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or ARC (AIDS Related Complex) and HIV related diseases, and any communicable diseases required quarantine by law.
7. Hospitalization for 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. Hospitalization as donor for organ transplant operation, including all costs of the acquisition of the organ and the costs incurred by the organ donor during an organ transplant and /or 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, bone-setting, herbalist treatment, massage or aroma therapy or other alternative treatment.
15. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
16. 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, illegal activities and committing or attempt to commit any unlawful act.
17. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.
18. Hospitalization or other related expenses incurred for sex changes.
19. Active duty in the armed forces, including naval, military, air force or other armed forces.

KURNIA HOSPITAL INCOME POLICY (MEDIGUARD INCOME)

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 hospitalization bill and a full Physician's report stipulating the diagnosis of the condition treated and the date the Disability commenced in the Physician's opinion. Failure to furnish such notice within the time allowed shall not invalidate any claim if it is shown not to have been reasonably possible to furnish suchnotice 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 documents for such claims have been submitted and agreed upon by the Company. 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.

4. **PAYMENT OF CLAIM**
   Payment of claim will be made 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 documents to verify the claim.

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 initiated by an authorized representative of the Company.

CONDITION PRECEDENT TO LIABILITY
The due observance and the fulfillment of the terms, provisions and conditions of this Policy by the Insured 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 an 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 Dependants are eligible to be Insured Person in accordance with terms and standards of acceptance by the Company; and the required additional premium is paid.
(b) Their addition as an insured person to this Policy coincides with the original commencement or renewal date of the policy
(c) All such applicants shall be subject to individual underwriting at point of application, and the Company reserves it right to accept or decline the application to the same standard as would have been applied at Policy inception

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. 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 facts during application
(c) the Policy is cancelled at the request of the Policyholder
(d) 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 has claimed total of 365 days on Daily Hospital Cash for 2 consecutive years
(g) the Insured Person attains the coverage age limit specified
(h) 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.

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, 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. All benefits payable under this Policy shall be paid in Malaysian Ringgit, irrespective of the country in which treatment is received.

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.

Premium as stated in the Policy Schedule shall be due on effective date of Policy and:
a. If payable monthly, on the same date of each month thereafter. If the month, for which premiums are due, does not have a corresponding date, then premium shall be paid on the last date of the month.

b. If payable yearly, on each policy anniversary date.

c. Payment of premium when due automatically renews the Policy. No renewal documents are issued and the existing Policy is the evidence of valid cover.

The Company shall have the right to change the rate at which premiums shall be calculated, on any Policy Renewal Date, provided the current rate that the Policyholder is being charged prior to the change in premium 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 thereunder 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 Policyholder'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 Company 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 Person 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.

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.

KURNIA HOSPITAL INCOME POLICY (MEDIGUARD INCOME)

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.

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 shall commence 30 days after the Insured Person has been included in the Policy. This waiting period applies to all claims except to claims resulting from a covered accident occurring after the effective date of coverage, which are eligible starting immediately from the effective date of coverage. However, if there is a break in insurance coverage, the waiting period shall apply again.

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.

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 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.

COOLING-OFF PERIOD

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

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

SPECIAL CONDITIONS ON PAYMENT INSTRUCTION

PART I – DEFINITIONS

"Nominated Account" shall mean the account nominated by the Policyholder in the 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 cease 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 monthly premiums charged to the Policyholder's Nominated Account have been paid, non-payment of subsequent monthly premium within 31 days shall terminate insurance under this policy as of the due date of such unpaid premium and no cancellation notice will be served.

(c) For annual premium payment method, if premium is not paid within 14 days from renewal effective date, this policy shall be deemed to have been void after expiry of policy.

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

(a) Monthly Premium
No refund of premium is allowed for monthly payments 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.

(b) Annual Premium
In the event premium has been paid, refund of premium shall be according to the Cancellation clause if Policy is cancelled by the Policyholder.

KURNIA HOSPITAL INCOME POLICY (MEDIGUARD INCOME)

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.

Consideration

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

Renewal

Subject to the terms and conditions of this Policy, payment of Premium when due automatically renews the Policy. No renewal documents are issued and the existing Policy is the evidence of valid cover.

IMPORTANT NOTICE

1. The Insured 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 Insured, advice should immediately be given to the Company and the Policy returned for alteration.

2. Insured 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 PENDAPATAN KEMASUKAN HOSPITAL KURNIA (MEDIGUARD INCOME)

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 kelelakian yang digunakan dalam konteks Polisi ini akan meliputi kewanitaan, 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 Pendapatan Kemasukan Hospital Kurnia Insurans. Sebarang kontrak sampingan, endorsemen, penyambungan dan sebarang pembetulan 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).

"Tanggungan" hendaklah bermaksud mana-mana orang yang berikut: (a) suami/isteri yang berkahwin secara sah (b) anak yang belum berkahwin yang berumur 30 hari keatas.

"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:-

(a) mempunyai kemudahan untuk diagnosis dan pembedahan utama,
(b) menyediakan khidmat jagaan 24 jam sehari oleh jururawat berdaftar dan siswazah
(c) di bawah penyeliaan Pakar Perubatan, dan
(d) bukan klinik; tempat untuk orang ketagih alkohol atau 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, dalam tempoh tidak kurang daripada 12 jam dan untuk bilik dan makan yang dikenakan oleh Hospital. 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.

"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.

"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.

"Hari" hendaklah bermaksud penafsiran hari yang dikenakan bayaran oleh hospital yang berkenaan.

"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:-

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

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

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

"Sakit, Wabak atau Penyakit" hendaklah bemaksud 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, Penyakit atau semua Kecederaan yang timbul daripada satu atau beberapa sebab yang berterusan.

POLISI PENDAPATAN KEMASUKAN HOSPITAL KURNIA (MEDIGUARD INCOME)

"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.

"Pembedahan" hendaklah bermaksud mana-mana prosedur perubatan yang berikut:

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

"Perlu Dari Segi Perubatan" hendaklah bermaksud khidmat perubatan yang:-

(a) selaras dengan diagnosis, 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.

"Tempoh Tangguh" Kelayakan menerima manfaat akan bermula selepas 30 hari Orang yang Diinsuranskan dimasukkan kedalam polisi. Tempoh Tangguh ini terpakai untuk semua jenis tuntutan kecuali tuntutan yang disebabkan oleh kemalangan yang dilindungi yang berlaku selepas tarikh kuatkuasa perlindungan. Walau bagaimanapun, jika insurans terhenti, maka Tempoh Tangguh akan terpakai sekali lagi.

BAHAGIAN II – HAD MANFAAT

a) Tunai Harian Hospital – Tempoh perlindungan insurans, untuk bilik yang telah dicaj oleh Hospital, syarikat akan membayar balik manfaat harian hingga bilangan hari maksimum didalam setahun seperti yang telah ditetapkan di dalam Jadual Manfaat.

b) Tunai Harian Unit Rawatan Rapi – Syarikat akan membayar balik manfaat harian untuk setiap hari tinggal sebagai pesakit dalam di Unit Rawatan Rapi Hospital semasa tempoh diinsuranskan hingga bilangan hari maksimum setahun seperti yang telah ditetapkan didalam Jadual Manfaat. Manfaat ini dibayar bagi menggantikan manfaat seperti yang diterangkan di dalam Tunai Harian Hospital.

c) Tunai Jagaan Harian – Syarikat akan membayar manfaat penjagaan harian seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat untuk setiap hari penginapan Orang Yang Diinsuranskan di hospital.

d) Kematian Akibat Kemalangan - Syarikat akan membuat bayaran penuh sekiranya sesuatu kemalangan mengakibatkan kematian kepada Orang Yang Diinsuranskan dan kematian itu berlaku dalam tempoh 30 hari dari tarikh kemalangan, dan jika kemalangan itu jatuh dalam tempoh perlindungan insurans.

e) Bayaran Penuh Penyakit Kritikal – Bayaran penuh akan dibayar seperti yang telah ditetapkan di dalam Jadual Manfaat sekiranya Orang Yang Diinsuranskan disahkan oleh Pengamal Perubatan dan disokong secara klinikal, radiologi, histologi dan dibuktikan oleh laporan makmal yang diterimapakai oleh Syarikat mengidap penyakit kritikal semasa tempoh diinsuranskan. Bayaran manfaat ini terpakai hanya sekali seumur hidup untuk salah satu daripada penyakit kritikal seperti yang ditetapkan didalam Jadual Manfaat. Ini tertakluk kepada Orang Yang Diinsuranskan masih kekal hidup untuk tidak kurang daripada 30 hari daripada hari pertama selepas pengenalpastian penyakit.

BAHAGIAN III – HAD DAN PENGECUALIAN

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 pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasan atau pembedahan (Keratotomi Radial atau Lasik).

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.

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, 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. Penghospitalan sebagai penderma organ tubuh 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. Psikotik, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).

16. 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.

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

18. Penghospitalan atau belanja yang ditanggung untuk menukar jantina.

19. Bertugas didalam bidang yang melibatkan penggunan senjata termasuk tentera laut, tentera darat, tentera udara atau sebarang pekerjaan yang berkaitan dengan penggunaan senjata.

BAHAGIAN IV – PROSEDUR TUNTUTAN

1. PERKARA-PERKARA MENGENAI TUNTUTAN

(a) Orang Yang Diinsuranskan hendaklah dalam tempoh 30 hari Hilang Upaya yang melibatkan belanja boleh tuntut, memberikan notis bertulis kepada Syarikat dengan menyatakan butiran lengkap kejadian tersebut, termasuk bil penghospitalan serta laporan lengkap Pakar Perubatan yang menyatakan diagnosis keadaan yang dirawat dan tarikh Hilang Upaya bermula mengikut pendapat Pakar Perubatan. 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 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 dokumen untuk tuntutan itu telah diserahkan dan dipersetujui oleh Syarikat. Apa-apa perbezaan atau penepian bagi perkara di atas adalah mengikut budi bicara Syarikat semata-mata.

3. MATAWANG 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 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 dokumen yang sesuai untuk pengesahan tutuntan.

BAHAGIAN V – BAHAGIAN LAIN-LAIN SYARAT POLISI

Polisi ini dan Jadualnya hendaklah dibaca sebagai satu kontrak dan sebarang perkataan atau penyataan yang disertakan dengan makna khusus dalam mana-mana bahagian Polisi atau Jadual membawa makna khusus yang same 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 ditandangani 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

Tanggungan 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:-

(a) tanggungan-tanggungan tersebut layak diinsuranskan mengikut syarat-syarat dan piawaian penerimaan Syarikat; dan bayaran premium tambahan yang diperlukan telah dibayar.

(b) tambahan Orang Yang Diinsuranskan ke dalam Polisi adalah sama dengan tarikh kuatkuasa atau tarikh pembaharuan polisi.

(c) semua pemohonan adalah bergantung kepada pengunderaitan individu semasa memohon, dan syarikat berhak untuk menerima atau menolak permohanan mengikut cara yang sama digunapakai semasa permulaan Polisi.

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:

(a) premium tidak dibayar atau premium tidak dibayar mengikut masa.
(b) penipuan atau salah nyataan fakta penting semasa membuat permohonan.
(c) polisi dibatalkan atas permintaan pemegang polisi.
(d) kematian Orang yang Diinsuranskan.
(e) Orang yang Diinsuranskan tidak lagi layak menjadi Tanggungan berdasarkan takrif polisi.
(f) Jumlah Tunai Harian Hospital yang dituntut oleh Orang Yang Diinsuranskan sebanyak 365 hari dalam dua (2) tahun yang berturutan.
(g) Orang yang Diinsuranskan mencapai had umur perlindungan yang ditetapkan.
(h) penamatan perlindungan semua polisi dalam pasaran tertentu dan Syarikat menarik balik polisi ini sepenuhnya dari pasaran menurut Syarat Penarikan Balik Portfolio.

POLISI PENDAPATAN KEMASUKAN HOSPITAL KURNIA (MEDIGUARD INCOME)

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, tertakluk;
(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.

PENGGANTI 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.

Premium seperti yang ternyata di Jadual Polisi akan matang pada Tarikh Polisi Bermula dan:
(a) Jika dibayar secara bulanan, dalam tarikh yang sama untuk setiap bulan. Jika bulan tersebut, yang mana premium tidak dibayar mengikut tarikh yang sepatutnya, oleh yang demikian premium perlu dibayar pada tarikh terakhir bulan tersebut.
(b) Jika dibayar secara tahunan, pada setiap tarikh ulang tahun polisi.
(c) Polisi akan secara automatik diperbaharui jika bayaran dibuat. Tiada dokumen pembaharuan akan dikeluarkan dan polisi yang telah ada adalah bukti untuk perlindungan sah.

Syarikat berkuasa untuk membuat pertukaran kadar premium 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 Pemegang Polisi 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 diendorskan pada Polisi tersebut. Syarikat 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 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.

POLISI PENDAPATAN KEMASUKAN HOSPITAL KURNIA (MEDIGUARD INCOME)

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

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/Borang Pendaftaran 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 dalam Kontrak ini.
Ejen atau Broker tidak mempunyai kuasa untuk meminda Polisi ini, menerima bayaran secara tertunggak, 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 mengendorskan di dalam Polisi ini.

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 bertanggungan 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.

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. Klausa Tempoh Tangguh ini digunapakai kepada segala tuntutan kecuali untuk Kemalangan yang dilindungi yang berlaku selepas tarikh kuatkuasa perlindungan. Walau bagaimanapun, jika insurans terhenti, maka Tempoh Tangguh akan terpakai sekali lagi.

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.

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.

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.

POLISI PENDAPATAN KEMASUKAN HOSPITAL KURNIA (MEDIGUARD INCOME)

KLAUSA DAN MANFAAT
Disertakan dan Dibaca sebagai sebahagian daripada Polisi
(tertakluk hanya jika dinyatakan di dalam Jadual Polisi / Jadual Manfaat)

SYARAT-SYARAT KHAS UNTUK ARAHAN PEMBAYARAN

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 kepada Akaun Calonan 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 bulanan yang dibilkan kepada kad Akaun Calonan Pemegang Polisi telah dibayar, sebarang premium bulanan yang tidak dibayar untuk bulan seterusnya dalam tempoh 31 hari akan menyebabkan Polisi ini batal mulai dari tarikh kegagalan membayar premium tersebut dan notis pembatalan tidak akan dikeluarkan.
(c) Bagi bayaran premium secara tahunan, jika premium tidak dibayar dalam tempoh 14 hari dari tarikh pembaharuan polisi, polisi tersebut akan terbatal selepas tarikh tamat polisi tersebut.

Kedudukan Tuntutan Selepas Pembatalan
Pembatalan yang dimaksudkan tidak akan menjejas terhadap tuntutan-tuntutan yang terjadi sebelum tarikh pembatalan ini.

Kedudukan Premium Selepas Pembatalan
(a) Premium Bulanan
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 Calonan 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 Calonan Pemegang Polisi.
(b) Premium Tahunan
Sekiranya premium telah dibayar dan dibatalkan oleh Pemegang Polisi, bayaran balik premium akan mengikut klausa Pembatalan.

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 Calonan Pemegang Polisi.

Penambahan Orang Yang Diinsuranskan
Premium yang sesuai untuk tanggungan yang layak tersebut akan dikemukakan bilnya kepada Akaun Calonan 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/Borang Pendaftaran, Arahan Pembayaran dan dengan persetujuan dari Pemegang Polisi untuk membayar premium yang dibilkan ke Akaun Calonan Pemegang Polisi.

Pembaharuan
Tertakluk kepada terma-terma dan syarat-syarat Polisi ini, apabila Premium dibayar ianya akan memperbaharui Polisi ini secara automatik. Dokumen pembaharuan tidak akan dikeluarkan kepada Pemegang Polisi dan polisi sedia ada akan dijadikan bukti perlindungan.

NOTIS PENTING

1. Pihak Diinsuranskan hendaklah membaca Polisi ini dengan teliti, dan jika terdapat kesilapan atau keterangan yang salah, atau jika Polisi/perlindungan tidak memenuhi kehendak Pihak Diinsuranskan, Pihak Diinsuranskan hendaklah memberitahu kepada Syarikat dan mengembalikan Polisi untuk membuat pembetulan sewajarnya.

2. Pihak 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

1220