



Pelan Penyakit Kritikal (Perlindungan Tahunan) Helaian Pendedahan Produk

(Baca Helaian Pendedahan Produk sebelum anda membuat keputusan untuk membeli Pelan Penyakit Kritikal. Pastikan anda membaca keseluruhan terma dan syarat).

1. Apakah keterangan tentang produk ini?

Pelan Penyakit Kritikal adalah pelan insuran eksklusif untuk 5 penyakit kritikal utama yang dianggap berisiko tinggi di Malaysia. Perlindungan ini membayar sekaligus sehingga jumlah yang diinsuranskan jika anda didiagnos menghidap penyakit kritikal yang khusus dan terus hidup untuk sekurang-kurangnya selama 14 hari selepas didiagnos.

Produk ini memberi perlindungan kepada semua rakyat Malaysia, Permastautin Kekal dan Pemegang Permit Kerja/ Pas Penggajian atau pekerja-pekerja yang sah di Malaysia.

Semua Pemohon mesti berusia di antara 18 sehingga 59 tahun pada masa pendaftaran pertama. Perlindungan boleh dilanjutkan selepas usia 59 dengan syarat anda mendaftar untuk Pelan ini sebelum mencecah usia tersebut dan telah dilindungi secara terus menerus selepas itu sehingga usia maksimum 64 tahun.

2. Apakah perlindungan/manfaat yang disediakan?

Polisi ini merangkumi :

5 PENYAKIT KRITIKAL UTAMA	Emerald (RM)	Diamond (RM)
Kanser	50,000	70,000
Serangan Jantung	50,000	70,000
Strok	50,000	70,000
Penyakit Jantung Koronari	50,000	70,000
Kegagalan Buah Pinggang	50,000	70,000

Nota :

- Pembaharuan Polisi dan pembaharuan premium tidak dijamin.
- Polisi perlu diperbaharui setiap tahun dan premium akan diselaraskan secara berkala untuk mencerminkan pengalaman dan kenaikan dalam kos rawatan perubatan asas.

Tempoh Perlindungan adalah selama 1 tahun. Ia boleh diperbaharui pada setiap ulang tahun tarikh bermulanya Polisi dengan membuat bayaran premium yang ditentukan oleh Syarikat pada hari pembaharuan.

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

3. Berapakah premium yang perlu saya bayar?

Jumlah premium yang anda perlu bayar berdasar daripada had umur dan jantina anda :

JADUAL PREMIUM TAHUNAN (RM) – WANITA (Termasuk Duti Setem RM10)		
UMUR	EMERALD	DIAMOND
	RM50,000	RM70,000
	BUKAN PEROKOK	BUKAN PEROKOK
18-24	44	53
25-29	60	69
30-34	81	110
35-39	129	176
40-44	202	279
45-49	275	381
50-54	384	534
55-59	508	707
60-64	650	907

JADUAL PREMIUM TAHUNAN (RM) – LELAKI (Termasuk Duti Setem RM10)		
UMUR	EMERALD	DIAMOND
	RM50,000	RM70,000
	BUKAN PEROKOK	BUKAN PEROKOK
18-24	50	56
25-29	56	63
30-34	70	89
35-39	98	132
40-44	166	228
45-49	253	351
50-54	414	574
55-59	688	958
60-64	1,066	1,488

Nota :

- Termasuk Kadar Cukai Semasa dan Duti Setem RM10.
- Premium adalah berdasarkan kepada umur Pemohon pada tarikh hari jadi yang terakhir. Kadar dinaikkan sekiranya memasuki julat usia baru.
- Premium untuk 60-64 hanya berkuatkuasa pada pembaharuan.

4. Apakah yuran dan bayaran yang perlu saya bayar?

Jenis	Amaun
Duti Setem	RM10.00

Anda dikehendaki membayar sebarang cukai berkaitan (termasuk tetapi tidak terhad kepada cukai perkhidmatan dan duti setem) yang dikenakan oleh Penguatkuasa Cukai Malaysia berhubung polisi ini.

5. Apakah terma dan syarat utama yang harus saya perhatikan?

- Polisi disediakan berasaskan pembaharuan tahunan.
- Pembaharuan polisi (tertakluk pada rekod tuntutan) dan pembaharuan premium tidak dijamin.
- Syarikat Insurans berhak mengubah manfaat-manfaat dan kadar premium bagi tempoh pembaharuan untuk mencerminkan pengalaman dan kenaikan dalam kos rawatan perubatan asas.
- Sebarang penukaran terhadap manfaat-manfaat dan premium hanya boleh dilakukan pada pembaharuan atau ulangtahun Polisi sahaja dengan memberi notis selama tiga puluh (30) hari secara bertulis kepada Pemegang-pemegang Polisi.

- Syarikat Insurans berhak untuk menolak liabiliti, sekiranya Pemohon gagal memberikan maklumat berkenaan yang boleh menjejaskan keputusan Syarikat Insurans untuk menerima atau menolak risiko tersebut, dan ke atas premium serta terma-terma yang akan ditaklukkan kepada Pemohon.
- **Tunai Sebelum Lindung** – Sekiranya polisi insurans ini melindungi kepentingan peribadi pemegang polisi, syarat berikut akandigunapakai:
- Insurans ini tidak akan berkuatkuasa kecuali premium belum bayar telah pun dibayar. Syarat waranti premium yang dinyatakan di dalam polisi adalah dengan ini dihapuskan.
- **Pemberitahuan tuntutan** – Tuntutan atau tuntutan yang berpotensi mestilah diberitahu kepada Syarikat dalam masa Tempoh Pemberitahuan (30 hari). Suatu Borang Tuntutan yang lengkap bersama dengan sokongan maklumat perubatan mestilah diserahkan kepada Syarikat dalam tempoh 30 hari dari pemberitahuan pertama. Dalam kes kecemasan Kemalangan atau perubatan akut yang mengelakkan Orang yang Diinsuranskan daripada mematuhi syarat ini, pemberitahuan bertulis bersama dengan sokongan maklumat perubatan mestilah diserahkan kepada Syarikat secara munasabahnyaseberapa segera selepas itu.
- **Tempoh Menunggu** – bermaksud 60 hari pertama di antara bermulanya hilang upaya Orang yang Diinsuranskan dan permulaan tarikh polisi/pengembalikan semula dan dikenakan hanya apabila orang tersebut adalah dilindungi untuk kali pertama. Ini tidak boleh dikenakan selepas tahun pertama perlindungan.
- **Penyakit Sedia Ada** – bermaksud sebarang kecederaan, penyakit, keadaan atau simptom yang dialami oleh Orang Yang Diinsuranskan atau sedang menerima rawatan atau mendapatkan nasihat perubatan atau yang berasal atau diketahui wujud oleh Orang Yang Diinsuranskan (atau sesiapa yang diinsuranskan di bawah polisi) dalam tempoh tiga (3) tahun sebelum permulaan perlindungan di bawah Polisi untuk Orang Yang Diinsuranskan berkenaan.
- **Tempoh Terus Hidup** – bermaksud tempoh 14 hari selepas diagnosis Penyakit Kritikal yang dilindungi yang untuknya Orang yang Diinsuranskan mesti terus hidup sebelum suatu tuntutan menjadi sah.
- **Tempoh Bertenang** – Jika Polisi ini dikeluarkan dan atas apa-apa alasan, Orang yang diinsuranskan membuat keputusan untuk tidak mengambil polisi ini, Orang yang diinsuranskan boleh mengembalikan Polisi ini kepada Syarikat untuk pembatalan dengan syarat permohonan untuk pembatalan diserahkan oleh Orang diinsuranskan kepada Syarikat dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh penyerahan Polisi. Orang yang diinsuranskan itu layak menerima pulangan premium penuh yang telah dibayar tolak belanja perubatan yang ditanggung oleh Syarikat yang mengeluarkan Polisi tersebut.
- **Keperluan Pendedahan** – Anda mesti mengambil penjagaan munasabah untuk tidak salah nyata semasa menjawab soalan di dalam borang cadangan atau di dalam apa-apa permintaan yang dibuat oleh Syarikat dan memeriksa maklumat yang anda berikan adalah lengkap dan tepat. Anda juga perlu mendedahkan semua maklumat yang relevan yang boleh mempengaruhi Syarikat bagi penerimaan insurans ini, memutuskan terma dan premium yang anda akan bayar. Jika anda tidak mengambil penjagaan munasabah dan maklumat yang diberikan oleh anda adalah tidak lengkap atau tidak tepat, ini boleh menjejaskan tuntutan anda. Tanggungjawab anda untuk menyediakan maklumat lengkap dan tepat apabila diminta oleh Syarikat hendaklah berterusan sehingga ke masa insurans itu dibuat oleh anda, membuat perubahan kepada atau memperbaharui insurans anda.
- Perlindungan itu akan terhenti pada tarikh tamat dan Kami bertegas tidak akan bertanggungjawab untuk sebarang perbelanjaan yang berlaku selepas tarikh tamat, kecuali ianya diperbaharui.

Nota: Maklumat ini tidak lengkap. Sila rujuk kepada kontrak polisi untuk terma-terma dan syarat-syarat di dalam polisi ini.

6. Apakah pengecualian utama di bawah polisi ini?

Polisi ini tidak melindungi:

- Penyakit Sedia Ada - bermaksud sebarang kecederaan, penyakit, keadaan atau simptom yang dialami oleh Orang Yang Diinsuranskan atau sedang menerima rawatan atau mendapatkan nasihat perubatan atau yang berasal atau diketahui wujud oleh Orang Yang Diinsuranskan (atau sesiapa yang diinsuranskan di bawah polisi) dalam tempoh tiga (3) tahun sebelum permulaan perlindungan di bawah Polisi untuk Orang Yang Diinsuranskan berkenaan.
- Penyakit Kritikal yang mula-mula didiagnosis dalam masa 60 hari dari tarikh permulaan asal Polisi kecuali apabila disebabkan oleh suatu Kemalangan seperti yang ditafsirkan.
- Bunuh diri, kecederaan yang disengajakan atau pendedahan kepada bahaya dengan sengaja selain daripada cubaan untuk menyelamatkan hayat manusia.
- Bersalin, Keguguran Kandungan atau kehamilan.
- Kemabukan akibat alkohol, pelarut atau pengambilan dadah.
- Mengambil bahagian dalam sebarang aktiviti penerbangan selain sebagai penumpang dalam pesawat berlesen komersial.
- Tinggal di luar Negara Mastautin Biasa seperti yang ditafsirkan dalam Polisi untuk lebih daripada tiga (3) bulan

- berturut-turut dalam mana-mana 12 bulan.
- Jangkitan Virus Kurang Daya Tahan (HIV) atau keadaan kesihatan yang berkaitan dengan AIDS.
 - Penyakit mental, gangguan psikiatri, kecederaan diri yang disengajakan atau membunuh diri.
 - Tindakan yang salah atau tidak sah.
 - Peperangan, Tindakan pengganas dan Pengecualian berkenaan dengan politik.

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

7. Boleh saya membuat pembatalan polisi saya?

Jika pembatalan dibuat atas permintaan oleh Orang Yang Diinsuranskan, tiada pembayaran balik akan dibuat oleh Syarikat Insurans dan Polisi akan tamat. Syarikat Insurans boleh membatalkan polisi ini atau sebarang Seksyen dengan menghantar notis tujuh (7) hari melalui surat penghantaran berdaftar atau surat berdaftar ke alamat terakhir anda yang diketahui dan sebarang pembayaran balik premium adalah bergantung kepada berapa lamanya tempoh polisi telah berkuatkuasa dan sama ada sebarang tuntutan telah dibuat.

8. Apa yang perlu saya buat sekiranya terdapat perubahan dalam maklumat peribadi saya?

Anda mesti memberitahu kami secara bertulis tentang sebarang perubahan dalam pengambilan kerja, pekerjaan, tugas atau kegiatan oleh orang yang diinsuranskan, atau sebarang perubahan yang boleh meningkatkan kemungkinan untuk menuntut di bawah polisi ini. Anda mungkin perlu membayar premium tambahan disebabkan oleh perubahan tersebut.

9. Di manakah boleh saya mendapatkan maklumat selanjutnya?

Sekiranya anda memerlukan maklumat tambahan tentang insurans perubatan dan kesihatan, sila rujuk kepada buku panduan insuranceinfo 'Insurans Perubatan dan Kesihatan', yang boleh didapati di mana-mana cawangan MSIG atau anda boleh mendapat salinan daripada penasihat insurans atau lawati www.insuranceinfo.com.my.

Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan, sila hubungi kami di:-

Syarikat Insurans :
MSIG Insurance (Malaysia) Bhd
No. Pendaftaran 197901002705 (46983-W)
Pusat Khidmat Pelanggan:
Tingkat 15, Menara Hap Seng 2, Plaza Hap Seng
No. 1, Jalan P. Ramlee

50250 Kuala Lumpur.
Talian Perkhidmatan MSIG Banca: 1-800-88-6163
Fax: (603) 2070 5959
Emel: banchahotline@my.msig-asia.com

Diedarkan oleh:
Hong Leong Bank Berhad
Tingkat 16, Menara Hong Leong
No. 6, Jalan Damansara
Bukit Damansara
50490 Kuala Lumpur.

10. Lain-lain jenis perlindungan insurans perjalanan yang disediakan:

- Tiada

NOTA PENTING:

ANDA HARUS MEMUASKAN HATI ANDA BAHAWA POLISI INI ADALAH YANG TERBAIK UNTUK KEPERLUAN ANDA. ANDA HARUS MEMBACA DAN MEMAHAMI POLISI INSURANS DAN BERBINCANG DENGAN BANK ATAU MENHUBUNGI TERUS SYARIKAT INSURANS UNTUK MAKLUMAT LANJUT.

Maklumat yang disediakan untuk helaiian pendedahan ini adalah sah pada 01/03/2024