

healthcare

a premium healthplan with the widest coverage




Upgraded
Benefits

SmartCare Optimum

Let us take care of the medical bills,
whilst you concentrate on getting better

redefining / standards





An illness or accident can put a real strain - on your well-being as well as your finances. But now you don't have to worry about the expenses: Let **SmartCare Optimum** concentrate on the bills whilst you concentrate on getting better.

■ Complete medical care

A comprehensive coverage that gives you a high range of benefits. From a full refund on inpatient and day surgery costs to high benefits for various outpatient treatments. When it comes to medical coverage, **SmartCare Optimum** is just what the doctor ordered.

■ 24 hours a day, 7 days a week

Just call our 24 hour assistance hotline to arrange **cashless** admission to any of our panel hospitals in Malaysia. If you choose Plan 1, you will also have access to 24-hour emergency medical assistance throughout the world, in addition to having your medical costs reimbursed for emergency treatment overseas.

■ Up to RM500,000 protection

Enjoy greater protection and even greater flexibility. You can choose from four different plans with coverage up to **RM500,000**. Please see which plan best suits you.

■ Table of Benefits

PLANS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4
OVERALL ANNUAL LIMIT (for Section A and Section B only)	RM500,000	RM200,000	RM100,000	RM50,000
SECTION A: IN-PATIENT & DAYCARE SURGICAL PROCEDURE (per disability)				
Room & Board, daily maximum (Room Category)	RM500 (Basic Suite)	RM350 (Standard Single Bed)	RM180 (Double Bedded)	RM100 (Four Bedded)
Total number of days	150 days	120 days	120 days	120 days
Intensive Care Unit, daily maximum Total number of days	Full Reimbursement			
	60 days	60 days	60 days	60 days
Ambulance Fees	Full Reimbursement		RM350	RM350
Insured Child's Daily Guardian Benefit (for child below 15 years old, up to 60 days)	Full Reimbursement		Not Applicable	
Prescription Drugs	Full Reimbursement			
Nursing, Theatre Consumables & other Ancillary Charges	Full Reimbursement			
Surgeon's Fees Anaesthetist's Fee Diagnostic Procedures & Physiotherapy Physician Fees, one visit per day Specialist Fees, one visit per day	Full Reimbursement subject to Overall Annual Limit provided the charges are within the recommendations of the Malaysian Medical Association Guidelines and Reasonable and Customary charges.			
Operating Theatre	Full Reimbursement			
Daily Government Hospital Cash Allowance (per day) Total numbers of days	RM100 150 days	RM100 120 days	RM100 120 days	RM100 120 days
SECTION B: OUT-PATIENT TREATMENT (per disability)				
Consultation & Diagnostic Procedures within 31 days before hospital confinement	RM5,500	RM3,500	RM2,500	RM1,500
Post-Hospitalisation Care and Physiotherapy Treatment within 31 days from hospital discharge	RM5,500	RM3,500	RM2,500	RM1,500
Accident & Emergency Treatment within 31 days from the date of the accident	Full Reimbursement			
SECTION C: SPECIAL BENEFITS (additional limit on top of the annual limit)				
Out-patient Kidney Dialysis, lifetime maximum	RM150,000	RM100,000	RM40,000	RM30,000
Out-patient Cancer Treatment, lifetime maximum	RM150,000	RM100,000	RM40,000	RM30,000
Accidental Death	RM3,000	RM3,000	RM3,000	RM3,000
International Emergency Medical Evacuation and Repatriation, per annual maximum	RM500,000	Not Applicable		

■ Income tax relief

You can qualify for income tax relief up to RM3,000 for medical insurance premiums.

■ Deductible Option

You may choose our Deductible Option where you pay the first RM7,500, RM10,000, RM15,000 or RM20,000 of your hospitalisation bills. **SmartCare Optimum** will reimburse the remaining amount, up to the overall annual limit of your plan. This option comes with a premium discount but is without the cashless admission benefit. This option is suitable if your employer already provides you with some healthcare benefits. Please refer to our website or your policy contract for full details of this Option.

■ Enjoy life

Don't let an illness or accident stop you from enjoying life. Just complete the application form enclosed and mail it to us today - and leave the worries to us!

For more information, call **03-2170 8282** or e-mail us at customer.service@axa.com.my

Important Information

1. Needs and Affordability

You should satisfy yourself that this plan will best serve your needs and that the premium payable under the policy is an amount that you can afford.

2. Premium Computation

The Standard Annual Premiums are quoted based on your status of health and occupational duties being satisfactory to us. If there are adverse variations to the health and occupation status as declared in the Application Form, the Premiums and Policy Terms and Conditions may be adjusted according to the increased risk exposure. The premium is charged according to your age next birthday at entry. There is an additional of 15% loading for Occupation Class 3. All occupations under Class 4 are not covered by this plan. Renewal Premiums payable will increase with age.

3. Residence Overseas

No benefit whatsoever shall be payable for any medical treatment you received outside Malaysia, Singapore and Brunei, if you reside or travel outside Malaysia, Singapore and Brunei for more than ninety (90) consecutive days.

4. Overseas Treatment

If the Insured Person elects to or is referred to be treated outside Malaysia by the Attending Physician, benefits in respect of the treatment shall be limited to the reasonable and customary and medically necessary charges for such equivalent local treatment in Malaysia and shall exclude the cost of transport to the place of treatment.

5. Co-Payment

If you are hospitalised at a Room & Board category that is better and cost more than your eligible benefit, you need to bear 20% of the cost of all other eligible benefits described in the Table of Benefits. If the Room & Board is of the same category but cost is higher than your entitlement, you need to pay the differences in Room & Board only.

6. Cooling-off Period

If you decide not to take up the policy after it has been issued, you may return the policy to us for cancellation within fifteen (15) days from the date of issue provided no claim has been made. You are entitled to the return of the full premium paid less deduction of 10% for administrative expenses incurred.

7. Automatic Termination

If you don't pay the premiums or if you fail to pay the premiums when due, your policy will be terminated automatically.

8. Claim Procedure

All Insured Persons will be given an AXA Healthcare Card. With this card, you have access to our panel hospitals throughout Malaysia. We will obtain the preliminary diagnosis from Medical Report completed by your attending physician (which may take 1 to 2 hours). It is best for you to arrange such report before hospital admission for pre-planned treatment. You may be required to make personal deposit as required by the hospital's regulations.

After validation of your preliminary diagnosis to determine that the condition requiring treatment is a covered condition under the policy, an initial Guarantee Letter will be issued to the hospital for your admission, subject to the benefit limits.

Upon discharge, the hospital will provide the final diagnosis and itemised bill for us to settle the valid medical bill (which may take 1 to 2 hours). Any ineligible or excess expenses not covered are to be settled by you.

In the circumstances that your preliminary diagnosis may not be easily ascertainable or that your condition requiring treatment may not be covered under the policy, you are advised to pay for your own treatment first and file a claim after discharge.

Please notify us within 30 days of any occurrences for admission to non-panel hospital, outpatient treatment or any claim which has been settled by you. Please submit the claim form, original itemised bills, receipts and other relevant claims documents to us for processing.

The cashless benefit applies to hospital admissions only. Pre-hospitalisation, consultations, diagnostic procedures and post-hospitalisation costs are on reimbursement basis.

Definitions

1. Occupation Classes

Class 1: Persons engaged in professional, administration, managerial, clerical and non-manual occupations generally.

Class 2: Persons engaged in work of a supervisory nature and others not in Class 1 whose duties may involve occasional light manual work but not using tools or machinery or not exposing them to any special hazard. Persons who are required to travel outside office for Business or Professional purposes but not engaging in manual labour.

Class 3: Persons engaged in manual work not of particularly hazardous nature but involving the use of tools or light machinery.

Class 4: Persons engaged in heavy manual work involving the use of heavy tools and machinery.

2. Pre-existing Illness

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.

3. Specified Illnesses

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

4. Waiting Period

Waiting Period shall mean the 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.

Exclusions

This policy does not cover any hospitalisation, 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 of 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, sterilisation, 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. 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 sterilisation.
9. Hospitalisation primarily for investigatory purposes, diagnosis, X-ray examination, general physical or medical examinations, not incidental to treatment or diagnosis of a covered Disability or any treatment which is not Medically Necessary and any preventive treatments, preventive medicines or examinations carried out by a Physician, and treatments specifically for weight reduction or gain.
10. Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while sane or insane.
11. 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.
12. 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.
13. Psychotic, mental or nervous disorders (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
14. 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.
15. Expenses incurred for sex changes.

The major benefits as presented in this brochure are further subjected to exclusions and limitations. Please refer to the policy contract for the full listing of these exclusions and limitations as the contents in the brochure are not exhaustive.

Frequent Questions and Answers

1. Who is eligible to join?

If you are in the age group of 1 to 59 as of your next birthday, you are eligible to join. We offer renewal up to age 80 provided you were already a member on your 59th birthday. Dependent children (unmarried & unemployed) must be above 15 days and under 19 years of age, or under 23 years of age if the child is still on full-time higher education in Malaysia. If a policy is taken up for one member only, who is a child below 2 years of age, the child's health records have to be submitted for underwriting review.

2. Is there a surgical schedule?

No. There is no surgical schedule. Surgical fees are payable on a full refund basis.

3. What is a cashless admission?

This means that you don't have to pay deposits to the hospital if you are admitted to one of the AXA panel hospitals. We will pay, provided the nature of accident or illness is covered under the policy.

4. What does international emergency medical assistance provide?

It provides 24 hours telephone medical consultation, telephone referral to doctors and hospitals, emergency medical evacuation and repatriation services outside Malaysia.

5. Are the premiums guaranteed?

We may change the premiums in the future as the premium rates are not guaranteed. If we need to change, this will be based on our overall experience in underwriting this class of business and any changes in premiums will be notified and made on your policy anniversary.

6. Is the renewal guaranteed?

There is no selective Renewal Loading or Exclusion on individual if a claim is made during previous year. No restriction on lifetime limit and full annual limit is restated at Policy Renewal. However, the renewal of the policy is at the option of Policyholder until the occurrence of any of the following:

- a) non payment of premiums or premiums 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) on the death of the Policyholder or an Insured Person
- e) the Insured Person ceases to qualify as a dependent 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

7. What are the disadvantages on switching policy from one insurer to another?

One of the main disadvantages is that if your current health status is less favourable to the new insurer, new terms may be imposed to exclude such illness. To ensure continuous cover is provided, you are advised to check with us on the accepting terms prior to your policy expiry date.

8. Is medical examination required?

For applicants who are aged 55 (next birthday) and above, a medical examination and blood test are required for underwriting purposes. The cost of these tests will be borne by the applicant. For other ages, we may request for medical examination if deemed necessary.

9. Who is AXA Affin General Insurance Berhad?

AXA Affin General Insurance Berhad is a member of the AXA Group, with over 1,104 billion euros in assets under management and more than 95 million customers around the world. AXA is one of the world's leading insurer. In Malaysia, it is also a member of the Affin Group, a leader in Malaysia's financial services sector.

Ask your insurance agent for more details

AXA Affin General Insurance Berhad (23820-W)

Ground Floor Wisma Boustead 71 Jalan Raja Chulan

50200 Kuala Lumpur

Tel: (603) 2170 8282 Fax: (603) 2031 7282

E-mail: customer.service@axa.com.my

www.axa.com.my

redefining / standards



penjagaan kesihatan

pelan kesihatan premium dengan perlindungan terluas


Manfaat
Dinaik Taraf

SmartCare Optimum

Biar kami mengambil-alih bil-bil perubatan,
sementara anda dapat pulih sepenuhnya

redefining / standards





Sebarang penyakit atau kemalangan boleh menggugat kesihatan dan kewangan anda. Kini, anda tidak perlu lagi berasa bimbang mengenai perbelanjaan perubatan anda. Biar **SmartCare Optimum** mengambil alih bil-bil perbelanjaan perubatan sementara anda dapat pulih dengan sepenuhnya.

■ Rawatan perubatan yang sempurna

Perlindungan komprehensif yang memberi anda pelbagai manfaat. Kini, anda boleh menikmati keseronokan hidup dari pembayaran balik penuh ke atas kos perkhidmatan pesakit dalaman dan pembedahan harian sehingga manfaatnya diperluas bagi pelbagai rawatan pesakit luar. Untuk perlindungan perubatan, hanya **SmartCare Optimum** yang doktor syorkan!

■ 24 jam sehari, 7 hari seminggu

Anda hanya perlu menghubungi bantuan talian penting 24 jam, untuk kami mengatur kemasukan anda ke hospital **tanpa bayaran tunai** di mana-mana hospital panel kami di Malaysia. Jika anda memilih Pelan 1, anda boleh menikmati bantuan perubahan kecemasan antarabangsa 24 jam di mana sahaja di dunia, di samping mendapat pembayaran balik kos perubatan untuk rawatan kecemasan di luar negeri.

■ Perlindungan sehingga RM500,000

Nikmatilah perlindungan dan fleksibiliti yang meluas. Anda boleh memilih dari empat pelan yang berbeza dengan perlindungan yang diberi **sehingga RM500,000**. Sila pilih pelan yang bersesuaian dengan anda.

■ Jadual Manfaat

PELAN	PELAN 1	PELAN 2	PELAN 3	PELAN 4
HAD TAHUNAN KESELURUHAN (untuk Seksyen A dan Seksyen B sahaja)	RM500,000	RM200,000	RM100,000	RM50,000
SEKSYEN A: PESAKIT DALAMAN & PROSEDUR PEMBEDAHAN HARIAN (setiap hilang upaya)				
Bilik & Makanan, maksimum setiap hari (Kategori Bilik)	RM500 (Bilik Suite Biasa) 150 hari	RM350 (Bilik Satu Katil)	RM180 (Bilik Dua Katil)	RM100 (Bilik Empat Katil)
Jumlah hari		120 hari	120 hari	120 hari
Unit rawatan rapi, maksimum setiap hari	Pembayaran Balik Penuh			
Jumlah hari	60 hari	60 hari	60 hari	60 hari
Ambulans	Pembayaran Balik Penuh		RM350	RM350
Penginapan bagi Penjaga (untuk anak yang berumur di bawah 15 tahun, sehingga 60 hari)	Pembayaran Balik Penuh		Tidak Berkenaan	
Ubat Preskripsi	Pembayaran Balik Penuh			
Kejururawatan, Barangan Bilik Pembedahan & Lain-lain Caj Tambahan	Pembayaran Balik Penuh			
Yuran Pakar Bedah	Pembayaran Balik Penuh tertakluk kepada			
Yuran Pakar Bius	Had Tahun Keseluruhan setakat caj-caj			
Prosedur Diagnostik & Fisioterapi	dicadangkan berasaskan Panduan Malaysian			
Yuran Pakar Doktor, setiap lawatan harian	Medical Association dan Caj-caj Kebiasaan			
Yuran Pakar Perubatan, setiap lawatan harian	dan Munasabah			
Bilik Pembedahan	Pembayaran Balik Penuh			
Elaun Tunai Hospital Kerajaan Harian (setiap hari)	RM100	RM100	RM100	RM100
Jumlah hari	150 hari	120 hari	120 hari	120 hari
SEKSYEN B: RAWATAN PESAKIT LUAR (setiap hilang upaya)				
Nasihat Pakar dan Prosedur Diagnostik dalam tempoh 31 hari sebelum dimasukkan ke dalam hospital	RM5,500	RM3,500	RM2,500	RM1,500
Rawatan Lanjutan dalam tempoh 31 hari selepas diizinkan keluar dari hospital	RM5,500	RM3,500	RM2,500	RM1,500
Rawatan Kemalangan & Kecemasan dalam tempoh 31 hari dari tarikh kemalangan	Pembayaran Balik Penuh			
SEKSYEN C: MANFAAT KHAS (had tambahan di samping had tahunan)				
Dialisis Ginjal/Buah Pinggang Pesakit Luar, maksimum sepanjang hayat	RM150,000	RM100,000	RM40,000	RM30,000
Rawatan Kanser Pesakit Luar, maksimum sepanjang hayat	RM150,000	RM100,000	RM40,000	RM30,000
Kematian Akibat Kemalangan	RM3,000	RM3,000	RM3,000	RM3,000
Pemindahan & Penghantaran Balik Perubatan Kecemasan Antarabangsa, maksimum setiap tahun	RM500,000	Tidak Berkenaan		

■ Pengurangan cukai pendapatan

Anda layak untuk mendapat pengurangan cukai pendapatan sehingga RM3,000 untuk premium insurans kesihatan.

■ Pilihan Deduktibel

Anda boleh memilih untuk membeli Pilihan Deduktibel kami di mana anda membayar RM7,500, RM10,000, RM15,000 atau RM20,000 yang pertama bagi bil-bil hospital. **SmartCare Optimum** akan membayar kembali amaun yang selebihnya, sehingga had tahunan keseluruhan pelan anda. Pilihan ini disertakan dengan diskaun premium tetapi ianya tidak termasuk manfaat kemasukan tanpa tunai. Pilihan ini sesuai sekiranya majikan anda ada menyediakan beberapa manfaat-manfaat penjagaan kesihatan. Sila rujuk laman web kami atau kontrak polisi anda untuk butir-butir penuh tentang Pilihan ini.

■ Nikmatilah keseronokan hidup

Jangan biarkan penyakit atau kemalangan menghalang anda dari menikmati keseronokan hidup. Lengkapkan dan hantarkan borang permohonan yang disertai bersama risalah dan biarkan kami menanggung beban kerisauan anda!

Untuk maklumat lanjut, sila hubungi **03-2170 8282** atau e-mel kami di customer.service@axa.com.my

Maklumat Penting

1. Mengikut Kehendak dan Kemampuan

Anda hendaklah berasa yakin bahawa pelan ini dapat memenuhi kehendak anda dan bahawa premium yang harus dibayar bagi polisi ini adalah mengikut kemampuan anda.

2. Pengiraan Premium

Premium Tahunan Standard adalah berdasarkan kepada status kesihatan dan pekerjaan anda yang dilihat memuaskan pada kami. Sekiranya terdapat pendedahan risiko yang meningkat pada status kesihatan dan pekerjaan dari yang diakui di dalam Borang Permohonan, Premium dan Terma-Terma dan Syarat-Syarat Polisi akan diselaraskan mengikut pendedahan risiko tersebut. Premium yang dikenakan adalah berdasarkan kepada umur pada tarikh lahir yang berikutnya. Terdapat tambahan beban (loading) 15% bagi Pekerjaan Kelas 3. Semua Pekerjaan Kelas 4 tidak dilindungi di bawah pelan ini. Premium Pembaharuan akan meningkat apabila umur meningkat.

3. Bermastautin Di Luar Negara

Tiada sebarang faedah akan dibayar untuk rawatan perubatan yang anda terima di luar Malaysia, Singapura dan Brunei sekiranya anda bermastautin atau melancong di luar negara-negara ini lebih dari sembilan puluh (90) hari berturut-turut.

4. Rawatan Di Luar Negara

Jika Pihak Diinsuranskan memilih atau disaran oleh Doktor untuk mendapatkan rawatan di luar negara, manfaat-manfaat berkenaan rawatan adalah terhad kepada caj-caj munasabah, kebiasaan dan perubatan yang perlu setara dengan rawatan tempatan di Malaysia dan tidak termasuk kos pengangkutan ke tempat rawatan.

5. Pembayaran Bersama

Jika anda dimasukkan ke hospital pada Kategori Bilik & Makanan yang lebih baik dan kosnya melebihi manfaat kelayakan anda, anda perlu menanggung 20% daripada kos semua manfaat layak lain yang diperihalkan dalam Jadual Faedah. Jika Bilik & Makanan adalah sama kategori tetapi kosnya lebih tinggi daripada kelayakan anda, anda perlu membayar perbezaan harga Bilik & Makanan sahaja.

6. Tempoh Bertenang

Jika anda tidak ingin perlindungan polisi ini selepas polisi dikeluarkan, anda boleh kembalikan untuk pembatalan dalam 15 hari dari tarikh dikeluarkan sekiranya tiada tuntutan yang telah dibuat. Anda berhak menerima pengembalian premium penuh selepas ditolak sebanyak 10% untuk perbelanjaan pengurusan.

7. Penamatan Automatik

Jika anda tidak membayar premium atau gagal membayar premium apabila ianya patut dibayar, polisi anda akan ditamatkan secara automatik.

8. Prosedur Tuntutan

Semua Pihak Diinsuranskan akan diberikan satu Kad AXA HealthCare. Dengan kad ini, anda boleh menggunakan panel hospital kami di serata Malaysia. Kami akan mendapatkan diagnosis pendahuluan melalui Laporan Perubatan yang dilengkapi oleh doktor yang bertugas (kemungkinan mengambil masa 1-2 jam). Anda dinasihatkan agar mendapatkan laporan berkenaan sebelum kemasukan ke hospital bagi sesuatu rawatan yang telah dirancang. Anda mungkin perlu membuat deposit peribadi sebagaimana yang dikehendaki oleh peraturan hospital.

Selepas diagnosis pendahuluan disahkan bagi menentukan bahawa keadaan yang memerlukan rawatan adalah dilindungi di bawah polisi itu, satu Surat Jaminan permulaan akan dikeluarkan kepada hospital bagi kemasukan anda ke hospital, tertakluk kepada had manfaat.

Selepas diizinkan keluar dari hospital, pihak hospital hendaklah memberikan diagnosa terakhir dan bil yang mengandungi butiran perbelanjaan kepada kami untuk menjelaskan perbelanjaan yang sah (kemungkinan mengambil masa 1-2 jam). Apa-apa perbelanjaan yang tidak layak atau berlebihan yang tidak dilindungi hendaklah dibayar oleh anda.

Dalam keadaan di mana diagnosa permulaan tidak mudah dipastikan ataupun keadaan yang memerlukan rawatan anda kemungkinan tidak dilindungi di bawah polisi, anda dinasihatkan membayar dahulu dan membuat tuntutan selepas diizinkan keluar dari hospital.

Sila beritahu kami dalam tempoh 30 hari sebarang kejadian kemasukan ke hospital bukan panel, rawatan pesakit luar atau sebarang tuntutan yang diselesaikan oleh anda. Sila hantarkan borang tuntutan, bil asal yang mengandungi butiran perbelanjaan, resit dan lain-lain dokumen tuntutan yang berkaitan kepada kami untuk tindakan selanjutnya.

Manfaat tanpa tunai hanya diterima pakai untuk kemasukan hospital sahaja. Kos pra-kemasukan hospital, perundingan prosedur diagnostik dan rawatan selepas penghospitalan adalah berasaskan pembayaran balik.

Definisi

1. Kelas Pekerjaan

Kelas 1: Orang yang terlibat dalam pekerjaan profesional, pentadbiran, pengurusan, pengkeranian dan tugas-tugas bukan manual.

Kelas 2: Orang yang terlibat dalam pekerjaan penyeliaan dan lain-lain (tidak di bawah kelas 1) pekerjaan yang mungkin sekali sekala melibatkan kerja manual tanpa penggunaan peralatan atau mesin atau pendedahan diri kepada bahaya. Orang yang dikehendaki membuat perjalanan atas sebab perniagaan atau profesional tetapi tidak terlibat dalam kerja manual.

Kelas 3: Orang yang terlibat dalam pekerjaan manual atau penggunaan peralatan atau mesin ringan.

Kelas 4: Orang yang terlibat dalam pekerjaan manual berat yang menggunakan peralatan berat dan mesin.

2. Penyakit Sedia Wujud

Penyakit Sedia Wujud bermaksud ketidakupayaan di mana Pihak Diinsuranskan mempunyai pengetahuan mengenainya. Pihak Diinsuranskan akan dianggap mempunyai pengetahuan mengenai keadaan sedia wujud di mana keadaan itu adalah:

- Pihak Diinsuranskan telah menerima atau sedang menerima rawatan;
- nasihat perubatan, diagnosa, penjagaan atau rawatan telah disyorkan;
- simptom-simptom yang jelas dan terang terserlah;
- kewujudannya ketara bagi orang di dalam keadaan tersebut.

3. Penyakit-penyakit Spesifik

Penyakit-penyakit Spesifik bermaksud ketidakupayaan berikut dan komplikasi yang berkaitan, yang berlaku dalam tempoh 120 hari yang pertama insurans Pihak Diinsuranskan:

- Penyakit tekanan darah tinggi, diabetes melitus dan kardiovaskular
- Semua ketumbuhan, kanser, sista, 'nodules', 'polyp', batu karang dalam sistem kencing dan hempedu
- Semua jenis keadaan telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak
- Hernia, hemoroid, fistula, hidroselom, varikoselom
- Endometriosis termasuk penyakit pada sistem peranakan
- Gangguan tulang belakang (termasuk ceper) dan keadaan lutut

4. Tempoh Tangguh

Tempoh Tangguh 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.

Pengecualian

Polisi 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:

- Penyakit Sedia Wujud.
- Penyakit-penyakit Spesifik yang berlaku dalam tempoh 120 hari pertama perlindungan berterusan.
- Sebarang keadaan perubatan atau fizikal yang timbul dalam tempoh 30 hari pertama selepas tarikh insurans berkuatkuasa atau tarikh pengembalian yang asal yang mana terdahulu kecuali bagi kecederaan akibat kemalangan.
- Pembedahan plastik/kosmetik, berkhatan, ujian mata, cermin mata dan pembetulan refraktif mata atau rawatan rabun jauh (Radial Keratotomy atau Lasik) dan penggunaan atau pemasangan sebarang protesis luaran atau perkakasan termasuk anggota palsu, alat bantu pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.
- Keadaan gigi termasuk rawatan pergigian atau surgery oral kecuali yang dikehendaki akibat kemalangan, terhadap gigi sihat asli yang berlaku pada tempoh insurans.

6. Kejururawatan khas, penjagaan kebersihan, penyalahgunaan alkohol, pemandulan, penyakit kelamin dan lanjutannya, Sindrom Kurang Daya Tahan Melawan Penyakit (AIDS) atau yang berkaitan dengan sebarang bentuk penyakit AIDS atau penyakit berjangkit Virus Kurang Daya Melawan Penyakit (HIV), dan sebarang penyakit mengikut undang-undang perlu dikuarantin.
7. Rawatan atau pembedahan untuk keadaan sejak lahir dan sebarang kecacatan fizikal sejak dilahirkan termasuk keadaan turun-temurun.
8. Kehamilan, kelahiran anak (termasuk kelahiran pembedahan), keguguran, pengguguran, penjagaan sebelum dan selepas kelahiran anak, pencegahan kehamilan sama ada secara pembedahan alatan mekanikal/kimia atau rawatan kemandulan. Kegagalan fungsi erektil dan kajian atau rawatan kelemahan atau kemandulan.
9. Kemasukan ke hospital terutamanya untuk tujuan pemeriksaan, diagnosa, pemeriksaan sinar-X, pemeriksaan fizikal am atau pemeriksaan perubatan, bukan sebahagian dari rawatan atau diagnosa sebarang Hilang Upaya yang dilindungi atau rawatan yang tidak diperlukan dari Segi Perubatan dan apa-apa rawatan pencegahan, perubatan pencegahan atau pemeriksaan yang dilakukan oleh Doktor, dan rawatan terutamanya untuk pengurangan atau penambahan berat badan.
10. Membunuh diri, percubaan membunuh diri atau kecederaan yang disengajakan ketika waras atau tidak waras.
11. Perbelanjaan untuk pendermaan organ oleh Pihak Diinsuranskan dan kos pengambilan organ dari penderma termasuk kos pembedahan untuk mendapatkan organ bagi pemindahan organ dan komplikasi yang berkaitan.
12. Pemeriksaan dan rawatan untuk gangguan tidur dan dengkur serta terapi penggantian hormon dan terapi alternatif seperti rawatan, perkhidmatan perubatan dan bekalan, termasuk tetapi tidak terhad kepada perkhidmatan kiropraktik, 'acupuncture', 'acupressure', refleksologi, 'bonesetting', rawatan herba, urut atau aromaterapi atau rawatan alternatif yang lain.
13. Rawatan penyakit jiwa, keadaan kurang siuman (termasuk apa-apa keadaan neurosis dan psikologikal atau 'psychosomatic').
14. Kos/perbelanjaan yang bukan bersifat rawatan seperti televisyen, telefon, servis teleks, radio atau kemudahan yang berkaitan, kit/pek kemasukan pesakit dan sebagainya.
15. Perbelanjaan berkenaan dengan penukaran jantina.

Manfaat utama yang dipaparkan dalam risalah ini adalah tertakluk kepada pengecualian dan had tertentu.
Sila rujuk kepada kontrak polisi anda untuk keterangan lengkap mengenai pengecualian dan had tertentu kerana isi kandungan pada risalah ini adalah terhad.

Soalan Anda Dijawab

1. Siapakah yang layak?

Sesiapa yang berumur dari 1 tahun hingga 59 tahun pada tarikh lahir yang berikutnya adalah layak untuk memohon. Pembaharuan dibenarkan sehingga umur 80 tahun sekiranya anda telah menjadi ahli semasa berumur 59 tahun. Anak-anak tanggungan (belum berkahwin dan belum bekerja) hendaklah berumur melebihi 15 hari dan di bawah 19 tahun, atau di bawah 23 tahun jika mereka masih dalam tempoh pengajian tinggi sepenuh masa di Malaysia. Jika hanya anak yang berumur di bawah 2 tahun ingin membeli polisi, rekod kesihatan kanak-kanak tersebut perlu disertakan untuk taja jamin.

2. Adakah ini termasuk jadual pembedahan?

Tidak. Tiada jadual pembedahan yang terlibat. Manfaat dibayar berdasarkan pembayaran balik penuh.

3. Apa itu kemasukan hospital tanpa bayaran tunai?

Ini bermakna anda tidak perlu membuat bayaran deposit kepada pihak hospital sekiranya anda dimasukkan ke dalam wad hospital yang tersenarai di bawah Panel Hospital AXA. Kami akan membayar sekiranya jenis kemalangan atau penyakit itu dilindungi di bawah polisi.

4. Apakah bantuan perubatan kecemasan antarabangsa yang diberikan?

Perkhidmatan telefon 24 jam bagi rujukan nasihat perubatan, rujukan telefon bagi temujanji doktor dan kemasukan hospital, pemindahan dan perkhidmatan penghantaran balik perubatan kecemasan di luar negara Malaysia.

5. Adakah premium dijamin?

Kadar premium tidak terjamin. Kami boleh mengubah kadar premium di masa hadapan berdasarkan pengalaman pengunderaitan keseluruhan kelas perniagaan ini. Sebarang perubahan akan diumumkan dan dikenakan pada ulangtahun polisi anda.

6. Adakah pembaharuan dijamin?

Tiada Bebanan Pembaharuan atau Pengecualian ke atas individu jika tuntutan dibuat semasa tahun sebelumnya. Tiada batasan atas had sepanjang hayat dan had tahunan keseluruhan dipulihkan apabila Polisi Dibaharui. Bagaimanapun, pembaharuan polisi adalah mengikut pilihan Pemegang Polisi sehinggalah berlakunya salah satu perkara berikut:

- a) tiada pembayaran premium atau pembayaran tidak dibuat pada masa yang ditetapkan
- b) penipuan atau salah nyata fakta-fakta penting semasa permohonan dibuat
- c) polisi dibatalkan atas permintaan Pemegang Polisi
- d) kematian Pemegang Polisi atau Pihak Diinsuranskan
- e) Pihak Diinsuranskan tidak layak sebagai orang yang ditanggung berdasarkan definisi polisi
- f) Pihak Diinsuranskan mencapai had umur bagi perlindungan
- g) perlindungan bagi semua polisi di sesebuah pasaran ditamatkan

7. Apakah kerugian jika polisi bertukar dari satu penanggung insurans ke lain?

Salah satu daripada kerugiannya adalah jika penanggung insurans baru tidak puas dengan keadaan kesihatan anda, maka terma baru mungkin dikenakan bagi mengecualikan penyakit berkenaan. Untuk memastikan perlindungan berterusan diberikan, anda dinasihatkan membuat pengesahan dengan kami berkenaan dengan terma-terma penerimaan sebelum tarikh tamat polisi anda.

8. Adakah pemeriksaan perubatan diperlukan?

Bagi pemohon yang berumur 55 tahun (tarikh lahir yang berikutnya) dan ke atas, pemeriksaan perubatan dan ujian darah diperlukan untuk tujuan menaja jamin. Kos ujian ini akan ditanggung oleh pemohon. Bagi pemohon pada usia lain, kami mungkin meminta pemeriksaan perubatan jika dianggap perlu.

9. Siapakah AXA Affin General Insurance Berhad?

AXA Affin General Insurance Berhad merupakan ahli kepada Kumpulan AXA, dengan aset melebihi 1,104 bilion euros dan mempunyai lebih daripada 95 juta pelanggan di serata dunia. AXA merupakan salah satu penginsurans utama di dunia. Ia juga merupakan ahli kepada Kumpulan Affin, peneraju sektor perkhidmatan kewangan di Malaysia.

Sila hubungi agen insurans anda untuk maklumat lanjut

AXA Affin General Insurance Berhad (23820-W)

Ground Floor Wisma Boustead 71 Jalan Raja Chulan

50200 Kuala Lumpur

Tel: (603) 2170 8282 Faks: (603) 2031 7282

E-mel: customer.service@axa.com.my

www.axa.com.my

