

This Policy is issued in consideration of the payment of premium as specified in the Policy Schedule and pursuant to the answers given in the Insured's Proposal Form (or when the Insured applied for this insurance) and any other disclosures made by the Insured between the time of submission of the Insured's Proposal Form (or when the Insured applied for this insurance) and the time this contract is entered into. The answers and any other disclosures given by the Insured shall form part of this contract of insurance between the Insured and RHB INSURANCE BERHAD (hereinafter called "the Company"). However, in the event of any pre-contractual misrepresentation made in relation to the Insured's answers or in any disclosures given by the Insured, only the remedies in Schedule 9 of the Financial Services Act 2013 will apply.

This Policy reflects the terms and conditions of the contract of insurance as agreed between the Insured and the Company.

Now this Policy Witnesseth that if during the Period of Insurance, the Insured is diagnosed to be suffering from the cancer indicated in the Definition section of this policy, the Company will subject to the terms provisos exclusions and conditions of and endorsed on this Policy, pay to the Insured or his/her legal personal representative the Benefits Amount specified in the Policy Schedule of this policy.

PROVIDED always that

- a. An Insured shall not be covered under more than one **CANCER CARE INSURANCE POLICY**. In the event that the Insured is covered under more than one such policy, the Company will consider that Insured to be insured under the Policy which provides the highest benefit. When the Benefit under each such policy is identical, the Company will consider that the Insured to be insured under the Policy first issued. The Company will refund any duplicated insurance premium payment which may have been made by or on behalf of that Insured.
- b. Person(s) eligible for enrolment: -
 - i. Insured aged between eighteen (18) and sixty (60) years (both ages inclusive) and renewable up to 60 years old and ;
 - ii. Free from Pre-existing Illness/disability or/and Congenital Conditions as defined in the Definition section of the policy prior to the effective date of insurance;
- c. The Company will only pay to the Insured or his/her legal representative if the following conditions are satisfied: -
 - i. The Insured has been diagnosed and confirmed as suffering from Cancer as defined in the Definition section of the Policy and;
 - ii. The Cancer suffered by the Insured during the period of cover must be the first incident of that Cancer and;
 - iii. The diagnosis is after the Waiting Period as defined in the Definition section of the Policy and;
 - iv. The Insured survived the Survival Period as defined in the Definition section of the Policy.

DEFINITIONS

1. **Insurer or Company** means RHB Insurance Berhad.
2. **Effective Date of Insurance** means the date on which insurance under this Policy commenced, as stated in the Policy Schedule.
3. **Policy Schedule/Schedule of Benefits** means the schedule, which entails Insured name, address, benefits covered, effective date of insurance and other insured's particulars which is attaching to and forming part of the Policy.
4. **You/Policyholder Proposer/Policyholder/The Insured** mean a person to whom the Policy has been issued in respect of cover for the person(s) specifically identified as the Insured (s) in the Policy Schedule or any subsequent revision, amendment or endorsement thereto.
5. **Insured (s) shall mean the person(s) described in the Policy Schedule including his/her child (if applicable).** Or any subsequent revision, amendment or endorsement thereto
6. **Accident** means 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.
7. **Bodily Injury / Accidental Event** means injury solely caused by an accident.
8. **Sickness, Disease, Illness** mean a physical condition marked by a pathological deviation from the normal healthy state.
9. **Pre-Existing Illness** shall mean illnesses / diseases / disabilities that the Insured Person has reasonable knowledge of before the effective date of insurance or reinstatement of the policy whichever is later. An Insured Person may be considered to have reasonable knowledge of pre-existing condition including tumour or any malignant growth include metastasis where the condition is one for which: -
 - a. the Insured 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.
10. **Waiting Period** shall mean the first 60 days between the beginning of an Insured'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.
11. **Survival Period** means duration of 14 days from and including the date of diagnosis of the Cancer after Policy Waiting Period of the Insured.
12. **Disability** means a Sickness, Disease or Illness or the entire Bodily Injuries arising out of a single or continuous series of causes.
13. **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 was continuously covered under this Policy.

14. Medical Practitioner or Medical Consultant or Consultant Physician shall mean a registered medical practitioner qualified and licensed to practice western medicine and who, in rendering such treatment, is practicing within the scope of his licensing and training in the geographical area of practice, but excluding a medical practitioner, medical consultant or consultant physician who is the Insured himself.

15. Diagnosis means the definitive diagnosis made by a Medical Practitioner based upon such specific evidence/medical report, as referred to herein in the definition of the covered Cancer or in the absence of such specified reference, based upon radiological, clinical, histological or laboratory evidence acceptable to the Company. All such medical evidence must be furnished at the Insured's expense.

The Company shall have the right to call for an examination of the Insured or evidence used in arriving at such diagnosis, by an impartial acknowledged expert in the field of medicine concerned and the opinion of such expert as to such diagnosis be considered binding on both the Insured and the Company.

16. Irreversible means cannot be reasonably improved upon by medical treatment and/or surgical procedures consistent with the current standard of the medical services available in Malaysia.

17. Permanent means expected to last throughout the lifetime of the Insured.

18. Cancer mean disabilities/ illnesses herein defined:

1. Major Cancer – of specified severity and does not cover very early cancers

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

For the above definition, the following are not covered:

- (i) All cancers which are histologically classified as any of the following:
 - pre-malignant
 - non-invasive
 - carcinoma in situ
 - having borderline malignancy
 - having malignant potential
- (ii) All tumours of the prostate histologically classified as T1N0M0 (TNM classification)
- (iii) All tumours of the thyroid histologically classified as T1N0M0 (TNM classification)
- (iv) All tumours of the urinary bladder histologically classified as T1N0M0 (TNM classification)
- (v) Chronic Lymphocytic Leukemia less than RAI Stage 3
- (vi) All cancers in the presence of HIV
- (vii) Any skin cancer other than malignant melanoma.

2. Early Stage Cancer

(i) Carcinoma-in-Situ (CIS)

Carcinoma-in-Situ means the focal autonomous new growth of carcinomatous cells confined to the cells in which it originated and has not yet resulted in the invasion and/or destruction of surrounding tissues. 'Invasion' means an infiltration and/or active destruction of normal tissue beyond the basement membrane. The diagnosis of the Carcinoma in situ must always be supported by a histopathological report. Furthermore, the diagnosis of Carcinoma in situ must always be positively diagnosed upon the basis of a microscopic examination of the fixed tissue, supported by a biopsy result. Clinical diagnosis does not meet this standard. In the case of the cervix uteri, Pap smear alone is not acceptable and should be accompanied with cone biopsy or colposcopy with cervical biopsy. Clinical diagnosis or Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) classification which reports CIN I, CIN II and CIN III (severe dysplasia without carcinoma in situ) does not meet the required definition and are specifically excluded. Non-melanoma CIS is also specifically excluded. This coverage is available to the first occurrence of CIS only.

(ii) Early Prostate Cancer

Prostate Cancer that is histologically described using the TNM Classification as T1a or T1b or T1c or Prostate cancers described using another equivalent classification.

(iii) Early Thyroid Cancer

Thyroid Cancer that is histologically described using the TNM Classification as T1N0M0 Papillary microcarcinoma of thyroid where the tumour is less than 1cm in diameter.

(iv) Early Bladder Cancer

Papillary microcarcinoma of Bladder supported by histopathology report.

(v) Early Chronic Lymphocytic Leukaemia

Chronic Lymphocytic Leukaemia (CLL) RAI Stage 1 or 2. CLL RAI stage 0 or lower is excluded.

BENEFITS

1. Cancer Benefits

The Company will pay the sum insured as shown in the policy schedule in the event if the Insured is diagnosed with Cancer.

(a) Early Stage Cancer

We shall pay to You thirty percent (30%) of the Sum Insured. This Benefit is claimable once in Insured Person's Lifetime, and the Sum Insured payable shall reduce the Sum Insured of Cancer Benefit.

(b) Major Cancer

We shall pay to You hundred percent (100%) of the Sum Insured of this policy; or seventy percent (70%) of the Sum Insured of this policy, if the Early Stage Cancer Benefit has been claimed.

EXCLUSIONS

The Company shall not be liable in respect of Cancer directly or indirectly consequent upon or contribute by the following:-

1. Pre-existing illnesses/ disabilities or Congenital Conditions as defined in the Definition section of this policy.
2. Any condition that results from the use, existence or escape of nuclear weapons material or ionizing radiation from or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from the combustion of nuclear fuel.
3. Cancer diagnosed during the Waiting Period as defined in the Definition section of this Policy except for Total and Permanent Disability arising out of accidental event.
4. Illness/Disease/Disability resulting from Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS related complex or infection by Human Immuno Deficiency Virus (HIV) except the condition or disease or infection arose as a result of blood transfusion.
5. Intoxication by alcohol of drugs (other than those prescribed by a qualified registered Medical Practitioner). In addition to the above exclusions, the Company will not pay the benefit for any claims arising out of bodily injury sustained as a result of accident by the Insured.
6. Physical Defects/Deformities prior to the effective date of insurance
7. The Person Covered is refusing to consent to treatment or defying the advice of a specialist physician
8. The Person Covered did not survive for at least 14 days from the date of diagnosis of the Cancer after policy waiting period.

GENERAL CONDITIONS

1. Statement Pursuant to Schedule 9 of the Financial Services Act 2013

Where the Insured has applied for this Insurance wholly for themselves/ their family/ their dependants, the Insured has a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in the Proposal Form (or when the Insured applied for this insurance) i.e. the Insured should have answered the questions fully and accurately. Failure to have taken reasonable care in answering the questions may result in avoidance of the Insured's contract of insurance, refusal or reduction of the Insured's claim(s), change of terms or termination of the Insured's contract of insurance in accordance with the remedies in Schedule 9 of the Financial Services Act 2013. The Insured is also required to disclose any other matter that the Insured knows to be relevant to the Company's decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied.

The Insured also has a duty to tell the Company immediately if at any time after the Insured's contract of insurance has been entered into, varied

or renewed with the Company any of the information given in the Proposal Form (or when the Insured applied for this insurance) is inaccurate or has changed.

2. Effective Date

This policy shall become effective and commence at 12.01 A.M. Malaysia Time on the date specified as the Effective Date of Insurance in this Policy Schedule.

3. Termination

3.1 Termination by the Insured

The Insured must give 14 working days' notice in writing to the Company to terminate the cover of this Policy. Such termination shall become effective on the date the notice is received by the Company, or the date specified in the notice, whichever is earlier and provided that no claims has been made by the Insured during the current policy year, the Insured shall be entitled to a prorated refund of premium paid as follows:-

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

3.2 Termination by the Company

Upon Policy anniversary, the Company reserves the right to review the Policy terms by imposing conditions, increasing premiums or even decline to renew certain policyholders or the entire portfolio of the Policy all together, depending on claims experience. However, should such decision be made, the Company will serve notice of not less than thirty (30) days to the Insured for his/her consideration. Subject to the provisions of this policy, the Company may give notice of termination hereof by registered letter to the Insured at his/her last known address. Such termination shall become effective thirty (30) days following the date of such notice. Provided no claims has been made by the Insured during the current policy year, the Insured shall be entitled to a pro-rate refund of premium.

3.3 Automatic Termination

This Policy shall terminate immediately on the

earlier of the following events:

- 3.3.1 Immediate upon attainment of the Insured aged of 60 or,
- 3.3.2 full benefits of 100% of the principal sum insured amount as specified in the schedule of benefits has been paid.

3.4 Premium Position Upon 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 refunded to Insured by the Company. If the premium has not been paid for any period up to the date of termination as aforesaid, the Insured shall be liable to the Company for payment of such premium, which the Company may, at its option, bill to the Insured or any outstanding premiums due for the policy in which claims occur shall be deducted from the proceeds payable under this Policy.

4. 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 written notice to the policyholder and the Company will run off all policies to expiry of the period of cover within the portfolio. However, should such decision is made, the Company will serve notice of not less than thirty (30) days to the Insured for his/her consideration.

5. Premium

5.1 Premium Payable

Premium shall be payable annually.

5.2 Reinstatement

Policy may be reinstated at the Company's discretion subject to:-

- 5.2.1 written application by the Insured and
- 5.2.2 evidence of insurability satisfactory to the Company, and
- 5.2.3 payment of total premiums due.

5.3 Revision of premiums by Company

The premiums payable may be revised by the Company, depending on claims experience. However, any revision in premiums will be applied to the whole portfolio, and not limited to any particular individual, and will take effect from the renewal date on policy anniversary immediately following the introduction of the revised premiums. The Company shall give one month's written notice to the insured for consideration before any change in premiums is introduced.

6. Payment of Benefits

Benefit payable under this Policy shall be paid to the Insured. In the event of death of the Insured, the benefit shall be paid to her/his named beneficiary or her/his estate if there is no such named beneficiary, same in respect of an Insured who is a muslim, in which case only, payment of benefit under this Policy may be determined by the appropriate Islamic Laws and the applicable Syariah Laws

7. Cooling-Off Period

If this Policy shall have been issued and for any reason whatsoever the Insured shall decide not to take up the Policy, the Insured may return the Policy to the Company for cancellation provided such request for cancellation is delivered by the Insured 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 Stamp Duty incurred by the Company in the issue of the Policy.

8. Alterations

The Company reserves the right to amend the terms and provisions of this Policy by giving a thirty (30) days prior notice in writing by ordinary post to the policyholder 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.

9. Claim Procedures

9.1 Events Leading To Claims

9.1.1 On the happening of any occurrence likely to give rise to a claim under this Policy, written notice shall be given to the Company's Claims Department, Level 12 West Wing, The ICON, No 1 Jalan 1/68F Jalan Tun Razak, 55000 Kuala Lumpur as soon as possible and, in any event, within 30 days after the date of occurrence. The Company will then provide the Insured with forms for filing proof of claim.

9.1.2 Any documents or evidence required by the Company to verify the claim shall be provided by the Insured at his or her own expense. Any examination required by the Company to verify the claim will be at the Company's expense. The Company shall, in the event of the death of an Insured be entitled to have a post-mortem examination performed at its own expense where it is not prohibited by Law.

9.1.3 Failure to notify the Company within the time limit prescribed shall not invalidate the claim if it can be shown, to the Company's satisfaction that it is not reasonably possible to give such proof within the prescribed time limit for an otherwise legitimate claim.

9.1.4 The Company has the right to obtain further medical opinion for its approval on the claims submitted by the Insured. Claims approval shall depend on the confirmation of diagnosis by a Medical Practitioner appointed by the Company. The cost of seeking further medical opinion will be borne by the Company.

9.2 Incomplete Claims

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

foregoing shall be at the Company's sole discretion.

9.3 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 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.

10. Misstatement of Age

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

11. Cyber Clause

It is hereby declared and agreed that the indemnity expressed in this Policy shall not apply to and specifically excludes losses of any kind directly or indirectly caused by, arising from, or consisting of, in whole or part:

11.1 the use or misuse of the Internet or similar facility

11.2 any electronic transmission of data or other information

11.3 any computer virus, worm, logic bomb, Trojan horse or similar problems

11.4 the use or misuse of any Internet address, Website or similar facility

11.5 any data or other information posted on a Website or similar facility

11.6 any loss of data or damage to any computer system, including but not limited to hardware or software

11.7 the functioning or malfunctioning of the Internet or similar facility, or of any Internet address, Website or similar facility

11.8 any infringement, whether intentional or unintentional, of any intellectual property rights (including but not limited to trademark, copyright or patent)

12. Interpretation

This Policy, including the enrolment form/proposal form, Policy Schedule, endorsements, and amendments if any, shall be read together as one contract and any word or expression to which a specific meaning has been attached shall, unless the context otherwise requires, bear that specific meaning wherever it may appear.

13. Notice

Every notice or communication to the Company shall be in writing and sent to the Company. No alterations in the terms of this Policy or any endorsement thereon, will be held valid unless the same is signed or initialed by an authorized representative of the

Company.

14. Legal Proceeding

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 shall fail to supply the requisite proof of loss as stipulated by the terms, provisions and conditions of the Policy, the Insured 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.

15. Change In Risk

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

16. Misstatement or Omission of Material Fact

If:

(a) any answer, disclosure or representation by the Insured, 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, the Insured has failed to disclose any fact the Insured knew to be relevant to the Company's 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.

17. Governing Law

This Policy is issued under the laws of Malaysia and is subject and governed by the laws prevailing in Malaysia. The indemnity provided by this Policy shall not apply in respect of judgements which are not in the first instance delivered by or obtained from a Court of competent jurisdiction within Malaysia, nor to orders obtained in the said Court for the enforcement of judgement made outside Malaysia, whether by reciprocal agreements or otherwise.

18. Cash Before Cover

It is a fundamental and absolute special condition of this contract of insurance that the premium due must be paid and received by the Company before cover commences.

19. Period of Cover and Renewal

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 is renewable at the option of the Company. Upgrading of plan is not allowed once policy has been inceptioned.

20. Renewal

It shall not be incumbent on the Company to give notice to the Insured. The premium for the renewal of this Policy shall be deemed to be due on the date on which this Policy expires. However, the Company shall remain liable for fourteen (14) days from expiry date of this Policy provided that by the last day of the said fourteen (14) days the renewal premium is actually paid unless the Company or the Insured had given notice that the Insurance would not be renewed. This Policy shall not in any event be renewable when the Insured attains the age of sixty (60) years.

21. Condition Precedent to Liability

The due observance and the fulfillment of the terms, provisions and conditions of this Policy by the Insured and in so far as they relate to anything to be done or complied with by the Insured shall be conditions precedent to any liability of the Company.

22. 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.

It is hereby expressly stipulated and declared that it shall be a condition precedent to any right of action or suit upon this policy that the award by such Arbitrator, Arbitrators or Umpire shall be first obtained.

If We shall disclaim liability to the Insured for any claim hereunder and such claim shall not within twelve (12) months from the date of such disclaimer have been referred to arbitration under the provisions herein contained, then the claim for all intents and purposes be deemed to have been abandoned and shall not thereafter be recoverable hereunder.

23. 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, and in such a form that the Company may require. In any event all notices which the Company shall require the Insured Person 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.

24. Renewal, Modification and Termination of Policy by the Company

The Company cannot unilaterally terminate the Policy during the period of insurance.

Upon the Policy anniversary date, the Company can

renew the Policy at the same premium, renew the Policy at an increased premium, or not renew the Policy. If the Company retains the same premium rate table for the entire portfolio and if there has been no change to the inherent risk in the Insured, the Company may offer to renew the Policy at the same premium. The renewal may also lead to an increased premium, for example when the Insured moves into another age bracket according to the premium rates table.

The renewal premium payable is not guaranteed and the Company reserves the right to revise the premium rate applicable at the time of renewal, for example because of deterioration in the claims experience of the entire portfolio. Such changes, if any, shall be applicable to all new and renewal Policies regardless of their individual claim experience according to the company's risk assessment of the entire portfolio. The Company will serve notice of not less than thirty (30) days before the Policy anniversary date to the Insured of such changes. The possible conditions disclosed here are not exhaustive and premium rates may be reviewed under other justified circumstances.

At renewal, the Company reserves the right to review and modify the Policy terms and conditions, such as to exclude a specific condition or disability which gave rise to a previous claim made by the Insured. Modifications may also include imposing premium loadings on the Policy for a previous claim that the Insured made, but such loadings shall not exceed 50% of the premium amount. Modifications may also be required as a result of a change in occupation or lifestyle resulting in a change in the risk profile of the Insured. Note that the possible circumstances that result in such modifications listed above are not exhaustive; other justified circumstances may also necessitate a modification to the Policy's terms and conditions. Should such a decision be made, the Company will serve notice of not less than thirty (30) days before the Policy anniversary date to the Insured together with reasons for the modification.

The Company reserves the right to decline renewal of the Policy. Should such a decision be made, reasons for non-renewal will be provided to the Insured and the Company will serve notice of not less than thirty (30) days before the Policy anniversary date. As an example, non-renewal may be as a result of a change in occupation or lifestyle resulting in a change in the risk profile of the Insured. Note that the possible circumstances that result in non-renewal as described are not exhaustive; other justified circumstances may also render the non-renewal of the Policy. However, the Company cannot decline to renew the Policy solely because the Insured had made a claim in the preceding year.

NOTICE TO POLICYHOLDER

Please examine the insurance Policy to ensure that it meets **Your** requirement.

To avoid misunderstanding, it is very important that the Policy, the Schedule and any Endorsements attached therein be read thoroughly.

If **You** have any complaints or grievances pertaining to **Your** policy, please contact **Your** agent, if any or get in touch with **Our** issuing office. **We** assure **You** that **Your** complaints will be attended to promptly.

For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the Bahasa Malaysia provisions of any part of the Contract, it is hereby agreed that the English version of the Contract shall prevail.

As a responsible insurer, **We** wish to bring **Your** attention that **You** could also address **Your** dissatisfaction to Ombudsman for Financial Services (OFS) or to Bank Negara Malaysia Customer Service Bureau (CSB) as listed below.

HOW TO LODGE A COMPLAINT

If **You** are unhappy with any aspect of **Our** service, **We** would like to hear from **You**. **You** can make **Your** complaint in whatever form is most convenient to **You** either via a phone call to **Our** receptionist or alternatively, by writing, faxing or e-mailing **Your** complaint to:

Complaints Handling Unit

RHB Insurance Berhad
Level 12B, West Wing, The Icon No 1, Jalan 1/68F, Jalan Tun Razak, 55000 Kuala Lumpur
Tel: 1-300-220-007
Fax: 03-2163 7277
E-mail : complaints_unit@rhbinsurance.com.my

We will seek to respond to **Your** complaint within fourteen

(14) days. If **We** cannot resolve the matter within the aforesaid time frame when a matter is complex, **You** will be informed of the progress made with **Your** complaint. It will help **Us** to respond promptly if **You** give the following details:

1. **Your** name, address and contact no.
2. Cover note no. / Policy no. / Claim no.

If after taking these steps, **You** are still dissatisfied, **You** may write to:

The Complaints Management Unit

Ombudsman for Financial Services
(OFS) Level 14, Main Block
Menara Takaful Malaysia
No. 4, Jalan Sultan
Sulaiman 50000 Kuala Lumpur
Tel: 03-2272 2811
Fax: 03-2272 1577
E-mail : enquiry@ofs.org.my
Website : www.ofs.org.my

If the Mediator makes an award against **Us**, **You** are

required to inform the Mediator of **Your** decision to accept or deny the award within fourteen (14) days.

If **You** do not accept the award, **You** may reject the decision of the Mediator. **You** are free to institute a court proceeding against **Us** or refer it to Arbitration.

Alternatively **You** may put forward **Your** dissatisfaction over the conduct of **Us** by writing to Bank Negara Malaysia giving details of **Your** complaint and particulars of **Your** policy to:

BNMTELELINK

Corporate Communications Department Bank Negara Malaysia
P.O. Box 10922 50929 Kuala Lumpur
Tel: 1300-88-5465 (LINK)
Fax: 03-2174 1515
E-mail : bnmtelelink@bnm.gov.my
Website : www.insuranceinfo.com.my

POLISI INSURANS CANCER CARE

Polisi ini dikeluarkan sejajar dengan bayaran premium yang dinyatakan di dalam Jadual Polisi dan selaras dengan jawapan yang diberikan di dalam Borang Cadangan Pihak Diinsuranskan (atau semasa Pihak Diinsuranskan memohon untuk insurans ini) dan sebarang pendedahan lain yang dibuat oleh Pihak Diinsuranskan di antara waktu serahan Borang Cadangan Pihak Diinsuranskan (atau semasa Pihak Diinsuranskan memohon untuk insurans ini) dengan waktu kontrak ini dimeterai. Jawapan dan sebarang pendedahan lain yang Pihak Diinsuranskan berikan akan membentuk sebahagian daripada kontrak insurans di antara Pihak Diinsuranskan dan RHB INSURANCE BERHAD (selepas ini dirujuk sebagai "Syarikat"). Walau bagaimanapun, sekiranya terdapat sebarang salah nyata semasa pra- kontrak berhubung dengan jawapan Pihak Diinsuranskan atau di dalam sebarang pendedahan yang diberikan oleh Pihak Diinsuranskan, hanya remedi di dalam Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 akan diguna pakai.

Polisi ini menjelaskan terma dan syarat kontrak insurans sebagaimana dipersetujui oleh Pihak Diinsuranskan dan Syarikat.

Dengan Ini Polisi Ini Mempersaksikan bahawa jika semasa Tempoh Insurans, Pihak Diinsuranskan didiagnosis mengalami Kanser yang dinyatakan di bahagian Definisi polisi ini, Syarikat akan, tertakluk kepada terma, peruntukan, pengecualian dan syarat-syarat dan pengendorsan kepada Polisi ini, membayar kepada Pihak Diinsuranskan atau wakil peribadi sah beliau Amaun Manfaat yang dinyatakan dalam Jadual Polisi ini.

TERTAKLUK sentiasa bahawa

- a. Pihak Diinsuranskan tidak akan dilindungi oleh lebih daripada satu **POLISI INSURANS CANCER CARE**. Jika Pihak Diinsuranskan dilindungi di bawah lebih daripada satu polisi seumpamanya, Syarikat akan menganggap Pihak Diinsuranskan dilindungi di bawah Polisi yang memberi manfaat tertinggi. Apabila Manfaat di bawah polisi-polisi tersebut adalah serupa, Syarikat akan menganggap Pihak Diinsuranskan dilindungi di bawah polisi yang pertama dikeluarkan. Syarikat akan memulangkan sebarang bayaran premium insurans yang bertindih yang mungkin dibuat oleh atau bagi pihak Pihak Diinsuranskan.
- b. Orang yang layak untuk penyertaan:-
 - i. Orang yang Diinsuranskan berumur di antara lapan belas (18) tahun dan enam puluh (60) tahun (termasuk umur kedua-duanya) dan boleh diperbaharui sehingga berumur 60 tahun; dan
 - ii. Bebas daripada Penyakit/Ketidakupayaan dan/atau Keadaan Kongenital Sedia Ada seperti didefinisikan dalam bahagian Definisi polisi ini sebelum tarikh kuat kuasa insurans;
- c. Syarikat akan hanya membayar kepada Pihak Diinsuranskan atau wakil peribadi sah beliau jika syarat-syarat berikut telah dipenuhi:-
 - i. Pihak Diinsuranskan telah didiagnosis dan disahkan menghidap Kanser seperti yang didefinisikan dalam bahagian Definisi polisi ini; dan
 - ii. Kanser yang dihidapi oleh Pihak Diinsuranskan semasa tempoh perlindungan mestilah insiden

- iii. Diagnosis adalah selepas Tempoh Menunggu seperti didefinisikan dalam bahagian Definisi polisi ini dan;
- iv. Pihak Diinsuranskan melepasi tempoh hidup seperti didefinisikan dalam bahagian Definisi polisi ini.

DEFINISI

1. **Penginsurans atau Syarikat** bermaksud RHB Insurance Bhd.
2. **Tarikh kuat kuasa insurans** bermaksud tarikh di mana polisi insurans ini mula berkuatkuasa, seperti yang dinyatakan dalam Jadual Polisi.
3. **Jadual Polisi/Jadual Manfaat** bermaksud jadual, yang menyatakan nama Pihak Diinsuranskan, alamat, manfaat yang dilindungi, tarikh kuat kuasa insurans dan lain-lain maklumat Pihak Diinsuranskan yang dilampirkan kepada dan membentuk sebahagian daripada Polisi ini.
4. **Anda/Pencadang Pemegang Polisi/Pemegang Polisi/Pihak Diinsuranskan** bermaksud orang yang kepadanya Polisi dikeluarkan bagi melindungi orang yang dikenal pasti secara spesifik sebagai Pihak Diinsuranskan dalam Jadual Polisi atau sebarang semakan, pindaan atau pengendorsan di sini.
5. **Pihak Diinsuranskan** bermaksud seseorang yang dinyatakan di dalam Jadual Polisi termasuk anak beliau (jika berkenaan) atau sebarang semakan, pindaan atau pengendorsan di sini
6. **Kemalangan** bermaksud kejadian secara tiba-tiba, tidak disengajakan, tidak dijangka, luar biasa dan yang tertentu pada masa dan tempat yang boleh dikenal pasti yang hendaklah bebas daripada sebarang sebab lain, menjadi punca utama yang menyebabkan kecederaan tubuh badan.
7. **Kecederaan tubuh badan / Kejadian Kemalangan** bermakna kecederaan tubuh badan yang hanya disebabkan oleh kemalangan
8. **Penyakit, Kewabakan Atau Kesakitan** bermaksud keadaan fizikal yang ditandai oleh lencongan patologi berbanding keadaan kesihatan normal.
9. **Keadaan Sedia-Ada** bermaksud keadaan yang diketahui oleh Pihak Diinsuranskan sebelum tarikh berkuatkuasa Insurans atau tarikh pemulihan semula polisi, mana-mana yang lebih lewat. Pihak Diinsuranskan dianggap mempunyai pengetahuan yang munasabah mengenai keadaan sedia ada itu, termasuk tumor atau sebarang ketumbuhan malignan termasuk metastasis apabila:
 - (i) Pihak Diinsuranskan telah atau sedang menerima rawatan; atau
 - (ii) nasihat perubatan, diagnosis, penjagaan atau rawatan disarankan; atau
 - (iii) simptom yang jelas dan ketara telah atau sedang kelihatan; atau
 - (iv) kewujudannya jelas dan nyata pada orang biasa dalam keadaan tersebut
10. **Tempoh Menunggu** bermaksud 60 hari pertama antara bermulanya hilang upaya Pihak Diinsuranskan dan bermulanya tarikh Polisi/tarikh pengembalian semula,

dan diguna pakai hanya apabila orang itu dilindungi buat pertama kali. Ia tidak diguna pakai selepas tahun pertama perlindungan. Walau bagaimanapun, jika berlaku insurans terhenti, maka Tempoh Menunggu akan bermula sekali lagi.

11. Tempoh Hidup bermaksud tempoh 14 hari dari dan termasuk tarikh diagnosis Kanser selepas Tempoh Menunggu Polisi Pihak Diinsuranskan .

12. Hilang Upaya bermaksud Penyakit, Kewabakan, Kesakitan atau keseluruhan Kecederaan yang timbul daripada satu atau beberapa siri penyebab.

13. Keadaan Kongenital bermaksud sebarang keabnormalan perubatan atau fizikal yang wujud semasa lahir, serta keabnormalan fizikal neo-natal yang bermula dalam masa 6 bulan selepas dilahirkan. Ia termasuk semua jenis hernia dan epilepsi kecuali disebabkan oleh trauma yang berlaku selepas tarikh Pihak Diinsuranskan dilindungi secara berterusan di bawah Polisi ini.

14. Pengamal Perubatan atau Penasihat Perubatan atau Penasihat Pakar bermaksud pengamal perubatan layak berdaftar dan berlesen untuk mengamalkan perubatan barat dan yang mana, sewaktu menjalankan rawatan, mengamalkan apa yang dibenarkan menurut skop lesen dan latihan beliau di kawasan geografi amalan, tetapi tidak termasuk pengamal perubatan, pakar perubatan atau penasihat pakar yang merupakan orang yang diinsuranskan itu sendiri.

15. Diagnosis bermaksud diagnosis muktamad yang dibuat oleh seorang Pengamal Perubatan berasaskan kepada bukti/laporan perubatan spesifik, seperti yang dirujuk di sini, dalam takrifan Kanser yang dilindungi atau jika tiada rujukan spesifik, berdasarkan kepada bukti radiologi, klinikal, histologi atau makmal yang boleh diterima oleh Syarikat. Segala bukti perubatan tersebut perlu diperolehi dengan perbelanjaan ditanggung oleh Pihak Diinsuranskan. Syarikat berhak untuk memanggil Pihak Diinsuranskan untuk menjalani pemeriksaan atau memeriksa bukti yang digunakan bagi mendapatkan diagnosis tersebut, melalui pakar bebas yang dikenali dalam bidang perubatan tersebut dan pendapat pakar tersebut mengenai diagnosis itu adalah dianggap mengikat ke atas kedua-dua Pihak Diinsuranskan dan Syarikat.

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

17. Kekal bermaksud dijangka untuk kekal seumur hidup Pihak Diinsuranskan.

18. Kanser bermaksud sebarang ketidakupayaan/penyakit yang ditakrifkan di bawah:-

1. Kanser utama – keterukan tertentu dan tidak melindungi kanser tahap awal

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

Untuk definisi di atas, berikut adalah tidak dilindungi:

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

2. Kanser Tahap Awal

- (i) Karsinoma-in-situ

Karsinoma-in-situ bermaksud pertumbuhan baru autonomi sel karsinoma yang terhad kepada sel tempat ia berasal dan belum merebak dan/atau mengakibatkan pemusnahan tisu sekeliling. Invasi bermaksud penyusupan dan/atau pemusnahan aktif tisu normal di luar membran lapisan bawah. Diagnosis karsinoma-in-situ mesti sentiasa disokong oleh laporan histopatologi. Tambahan pula, diagnosis karsinoma-in-situ mesti sentiasa didiagnosis secara positif berdasarkan pemeriksaan mikroskopik tisu tetap, disokong oleh keputusan biopsi. Diagnosis klinikal tidak memenuhi piawaian ini. Dalam kes serviks uteri, pap smear sahaja tidak boleh diterima dan harus disertakan dengan biopsi kon atau kolposkopi dengan biopsi serviks. Diagnosis klinikal atau klasifikasi Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) di bawah CIN I, CIN II, CIN III (dysplasia kronik tanpa karsinoma-in-situ) tidak memenuhi definisi yang diperlukan dan dikecualikan secara khusus. CIS bukan melanoma juga dikecualikan secara khusus. Perlindungan ini hanya untuk kejadian pertama CIS sahaja.

- (ii) Kanser Prostat Tahap Awal

Kanser Prostat yang secara histologinya menggunakan klasifikasi TNM sebagai T1a atau T1b atau T1c atau kanser Prostat menggunakan klasifikasi lain yang setara.

- (iii) Kanser Tiroid Tahap Awal

Kanser Tiroid yang secara histologinya menggunakan Klasifikasi TNM sebagai T1N0M0 tiroid papilari mikrokarsinoma di mana tumor dengan diameter kurang daripada 1 cm.

- (iv) Kanser Pundi Kencing Tahap Awal

Papilari mikrokarsinoma pundi kencing yang disokong dengan laporan histopatologi.

- (v) Leukemia Limfositik Kronik Tahap Awal
Leukemia Limfositik Kronik (CLL) RAI Tahap 1
atau 2. CCL RAI tahap 0 atau lebih rendah
dikecualikan.

MANFAAT

1. Manfaat Kanser

Syarikat akan membayar Jumlah Diinsuranskan seperti dinyatakan di dalam jadual polisi jika Pihak Diinsuranskan didiagnosis mengidap Kanser yang dilindungi.

(a) Kanser Tahap Awal

Kami akan membayar Anda tiga puluh peratus (30%) daripada jumlah manfaat Kanser. Manfaat ini hanya boleh dituntut sekali sahaja seumur hidup Orang yang Diinsuranskan, dan jumlah manfaat yang dibayar akan mengurangkan jumlah Manfaat Kanser.

(b) Kanser Utama

Kami akan membayar Anda seratus peratus (100%) daripada jumlah manfaat polisi; atau tujuh puluh peratus (70%) daripada jumlah manfaat polisi, sekiranya tuntutan ke atas manfaat Kanser Tahap Awal telah dibuat.

PENGECUALIAN

Syarikat tidak akan bertanggungjawab terhadap Kanser secara langsung atau tidak langsung berpunca dari atau disebabkan oleh berikut: -

- Sebarang penyakit / kurang upaya sedia-ada atau Keadaan Kongenital seperti yang ditakrifkan dalam bahagian Definisi polisi ini.
- Sebarang keadaan berpunca daripada penggunaan, kewujudan atau pelepasan bahan senjata nuklear atau radiasi terion dari atau pencemaran radioaktif daripada bahan api nuklear atau bahan buangan nuklear atau pembakaran bahan api nuklear.
- Kanser didiagnos semasa Tempoh Menunggu seperti ditakrifkan dalam bahagian Definisi polisi ini kecuali mengalami Hilang Upaya Keseluruhan dan Kekal yang timbul daripada kemalangan.
- Penyakit / Ketidakupayaan berpunca daripada Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit (AIDS), komplikasi berkaitan AIDS atau jangkitan oleh Virus Kurang Daya Tahan Penyakit Manusia (HIV) kecuali keadaan atau penyakit atau jangkitan timbul daripada pemindahan darah.
- Intoksikasi alkohol (selain daripada yang dipreskripsikan oleh Pengamal Perubatan layak dan berdaftar). Sebagai tambahan kepada pengecualian di atas, Syarikat tidak akan membayar manfaat untuk sebarang tuntutan yang timbul daripada kecederaan tubuh badan akibat kemalangan oleh Pihak Diinsuranskan .
- Kecacatan/Kekurangan Fizikal sebelum tarikh kuat kuasa insurans.
- Individu yang dilindungi enggan memberikan keizinan untuk rawatan atau menentang nasihat doktor pakar.
- Individu yang dilindungi tidak berjaya bertahan sekurang-kurangnya 14 hari dari tarikh diagnosis kanser selepas tempoh menunggu polisi.

SYARAT AM

1. Kenyataan Selaras Dengan Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013

Jika Pihak Diinsuranskan memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri mereka/keluarga mereka/tanggungannya mereka, Pihak Diinsuranskan mempunyai kewajiban untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak melakukan salah nyata sewaktu menjawab soalan-soalan di dalam Borang Cadangan ini (atau apabila Pihak Diinsuranskan memohon untuk insurans ini), iaitu Pihak Diinsuranskan dikehendaki menjawab soalan-soalan di dalam Borang Cadangan dengan lengkap dan tepat. Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah di dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans Pihak Diinsuranskan, keengganan atau pengurangan tuntutan Pihak Diinsuranskan, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans Pihak Diinsuranskan selaras dengan remedi yang dinyatakan dalam Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013. Pihak Diinsuranskan juga dikehendaki mendedahkan apa-apa perkara lain yang Pihak Diinsuranskan tahu akan mempengaruhi keputusan Syarikat dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan. Pihak Diinsuranskan juga mempunyai kewajiban untuk memberitahu Syarikat dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans Pihak Diinsuranskan ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan Syarikat, apa-apa maklumat yang dinyatakan di dalam Borang Cadangan (atau semasa Pihak Diinsuranskan memohon untuk insurans ini) tidak tepat atau telah berubah.

2. Tarikh Kuat Kuasa

Polisi ini akan berkuat kuasa dan bermula pada jam 12:01 pagi Waktu Malaysia pada tarikh yang dinyatakan sebagai Tarikh Kuat Kuasa Insurans dalam Jadual Polisi ini.

3. Penamatan

3.1 Penamatan oleh Orang Diinsuranskan

Pihak Diinsuranskan boleh membatalkan polisi memberi notis empat belas (14) hari bekerja kepada Syarikat untuk menamatkan perlindungan Polisi ini. Penamatan tersebut akan berkuat kuasa pada tarikh notis diterima oleh Syarikat, atau tarikh yang dinyatakan di dalam notis, yang mana lebih awal, dan dengan syarat tiada tuntutan telah dibuat oleh Pihak Diinsuranskan pada tahun polisi semasa, Pihak Diinsuranskan layak mendapat pengembalian pro-rata premium yang dibayar seperti berikut:-

Tempoh Tidak Melebihi	Pengembalian Premium Tahunan
15 hari (berkuat kuasa untuk pembaharuan sahaja)	90%
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 pengembalian

3.2 Penamatan oleh Syarikat

Pada ulang tahun Polisi, Syarikat berhak untuk menyemak semula terma-terma Polisi dengan mengenakan syarat, menaikkan premium atau menolak untuk memperbaharui polisi pemegang polisi tertentu atau keseluruhan portfolio Polisi ini bersama-sama, bergantung kepada pengalaman tuntutan. Walau bagaimanapun, sekiranya keputusan itu dibuat, Syarikat akan memberi notis tidak kurang daripada tiga puluh (30) hari kepada Pihak Diinsuranskan untuk pertimbangan beliau. Tertakluk kepada peruntukan polisi ini, Syarikat boleh memberi notis penamatan melalui surat berdaftar kepada Pihak Diinsuranskan di alamat terakhir beliau yang diketahui. Penamatan sedemikian akan berkuat kuasa tiga puluh (30) hari selepas tarikh notis tersebut. Dengan syarat tiada tuntutan telah dibuat oleh Pihak Diinsuranskan pada tahun polisi semasa, Pihak Diinsuranskan adalah berhak mendapat bayaran balik pro-rata premium.

3.3 Penamatan Automatik

Polisi ini dianggap terbatal apabila berlaku kejadian berikut, yang mana lebih awal:

- 3.3.1 Serta-merta apabila Pihak Diinsuranskan mencapai umur 60 tahun,
- 3.3.2 manfaat penuh 100% amaun jumlah prinsipal diinsuranskan sebagaimana dinyatakan di dalam jadual manfaat telah dibayar.

3.4 Kedudukan Premium Selepas Penamatan

Jika premium telah dibayar bagi mana-mana tempoh selepas tarikh penamatan Polisi ini, bahagian yang berkenaan akan dibayar balik kepada Pihak Diinsuranskan oleh Syarikat. Sekiranya premium tidak dibayar bagi mana-mana tempoh sehingga tarikh penamatan, Pihak Diinsuranskan bertanggungjawab untuk membayar premium tersebut kepada Syarikat, di mana Syarikat boleh, mengikut pilihannya, mengenakan caj kepada Pihak Diinsuranskan atau mana-mana premium tertunggak yang perlu dibayar untuk polisi ini di mana tuntutan telah dibuat, akan ditolak daripada hasil yang perlu dibayar di bawah Polisi ini.

4. Syarat Pengeluaran Portfolio

Syarikat berhak untuk membatalkan portfolio secara keseluruhan jika ia memutuskan untuk menghentikan pengunderaitan produk insurans ini. Pembatalan portfolio secara keseluruhan mestilah dimaklumkan melalui notis bertulis kepada

pemegang polisi dan Syarikat akan menghentikan semua polisi sehingga ke tarikh tamat tempoh perlindungan dalam portfolio. Bagaimanapun, sekiranya keputusan tersebut dibuat, Syarikat akan memberi notis sekurang-kurangnya 30 hari kepada Pihak Diinsuranskan untuk pertimbangan beliau.

5. Premium

5.1 Premium Perlu Dibayar

Premium perlu dibayar setiap tahun.

5.2 Pengembalian Semula

Polisi boleh dikembalikan semula mengikut budi bicara Syarikat, tertakluk kepada:-

- 5.2.1 permohonan bertulis oleh Pihak Diinsuranskan, dan
- 5.2.2 bukti boleh insurans yang memuaskan Syarikat, dan
- 5.2.3 bayaran jumlah premium tertunggak, jika ada.

5.3 Semakan Premium oleh Syarikat

Premium perlu bayar boleh disemak oleh Syarikat, bergantung kepada pengalaman tuntutan. Bagaimanapun, sebarang semakan premium akan digunakan ke atas keseluruhan portfolio dan tidak terhad kepada mana-mana individu tertentu, dan akan berkuat kuasa dari tarikh pembaharuan pada ulang tahun polisi serta merta selepas premium baharu diperkenalkan. Syarikat akan memberi notis bertulis satu bulan kepada Pihak Diinsuranskan untuk pertimbangan sebelum sebarang perubahan premium dibuat.

6. Pembayaran Manfaat

Manfaat dibayar di bawah Polisi ini akan dibayar kepada Pihak Diinsuranskan, dan jika Pihak Diinsuranskan meninggal dunia, manfaat akan dibayar kepada Benefisiari yang dinamakan atau kepada estet beliau sekiranya tiada Benefisiari yang dinamakan, kecuali jika Pihak Diinsuranskan beragama Islam, pembayaran manfaat di bawah Polisi ini akan ditentukan oleh Undang-undang Islam yang berkenaan dan Undang-undang Syariah yang diguna pakai.

7. Tempoh Bertenang

Jika Polisi ini telah dikeluarkan dan atas apa jua sebab Pihak Diinsuranskan memutuskan untuk tidak mengambil Polisi, Pihak Diinsuranskan boleh mengembalikan Polisi kepada Syarikat untuk pembatalan dengan syarat permohonan untuk pembatalan telah diserahkan oleh Pihak Diinsuranskan kepada Syarikat dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh serahan Polisi. Pihak Diinsuranskan berhak menerima pulangan penuh premium yang telah dibayar ditolak Duti Setem yang ditanggung oleh Syarikat untuk mengeluarkan Polisi.

8. Pindaan

Syarikat berhak untuk meminda terma dan peruntukan Polisi ini dengan memberi notis awal 30 hari secara bertulis melalui pos biasa ke alamat terakhir pemegang polisi yang terdapat dalam rekod Syarikat, dan pindaan tersebut akan berkuat kuasa dari tarikh pembaharuan Polisi seterusnya. Pindaan kepada Polisi ini tidak sah

kecuali jika Dibenarkan oleh Syarikat dan kelulusan itu diendorskan kepadanya. Penginsurans dikehendaki memberi notis awal 30 hari secara bertulis kepada pemegang polisi yang dihantar ke alamat terakhir yang direkodkan mengenai sebarang pindaan yang dilakukan

9. Prosedur Tuntutan

9.1 Kejadian Yang Menyebabkan Tuntutan

- 9.1.1 Apabila berlaku sebarang kejadian yang boleh menimbulkan tuntutan di bawah Polisi ini, notis bertulis perlu diberikan kepada Jabatan Tuntutan Syarikat, Aras 12 West Wing, The ICON, No 1 Jalan 1/68F Jalan Tun Razak, 55000 Kuala Lumpur secepat mungkin, dan dalam apa jua keadaan, dalam masa 30 hari selepas tarikh kejadian. Syarikat kemudian akan memberikan borang kepada Pihak Diinsuranskan untuk memfailkan bukti tuntutan.
- 9.1.2 Sebarang dokumen atau bukti yang diperlukan oleh Syarikat untuk menyemak tuntutan perlu diserahkan oleh Pihak Diinsuranskan dengan perbelanjaan sendiri. Sebarang pemeriksaan yang diperlukan oleh Syarikat untuk menyemak tuntutan adalah di bawah perbelanjaan Syarikat. Jika berlaku kematian Pihak Diinsuranskan, Syarikat berhak untuk mendapatkan pemeriksaan bedah siasat dengan perbelanjaannya sendiri, selagi ia tidak melanggar undang-undang.
- 9.1.3. Kegagalan memaklumkan kepada Syarikat dalam tempoh ditetapkan tidak membatalkan tuntutan jika Syarikat berpuashati dan menerima penjelasan bahawa bukti tuntutan tidak dapat diserahkan sewajarnya dalam tempoh yang ditetapkan untuk tuntutan yang sememangnya sah.
- 9.1.4 Syarikat berhak untuk mendapatkan pendapat perubatan selanjutnya untuk meluluskan tuntutan yang dikemukakan oleh Pihak Diinsuranskan. Kelulusan tuntutan bergantung kepada pengesahan diagnosis oleh Pengamal Perubatan yang dilantik oleh Syarikat. Kos untuk mendapatkan pendapat perubatan selanjutnya akan ditanggung oleh Syarikat.

9.2 Tuntutan Tidak Lengkap

Semua tuntutan mestilah dikemukakan kepada Syarikat dalam masa 30 hari selepas berlaku kejadian yang menyebabkan tuntutan dibuat. Tuntutan tidak dianggap lengkap dan manfaat layak tidak akan dibayar melainkan semua bil-bil tuntutan telah diserahkan dan dipersetujui oleh Syarikat. Hanya kos sebenar yang ditanggung akan dipertimbangkan untuk pembayaran balik. Sebarang perbezaan atau penepian untuk perkara adalah di atas budi bicara Syarikat.

9.3 Matawang Bayaran

Semua bayaran di bawah Polisi ini akan dibuat dalam matawang sah Malaysia. Sekiranya mana- mana bayaran yang diminta oleh Pihak Diinsuranskan dalam matawang lain, maka amaun sedemikian akan dibayar dalam matawang yang diminta sebagaimana ia dibeli di Malaysia pada kadar pasaran matawang semasa pada tarikh penyelesaian tuntutan

10. Kesilapan Pernyataan Umur

Jika umur Pihak Diinsuranskan telah silap dinyatakan dan premium dibayar telah menjadi tidak mencukupi, sebarang tuntutan yang perlu dibayar di bawah Polisi ini akan dikira secara pro-rata berdasarkan nisbah premium sebenar dibayar kepada premium yang seharusnya dibayar untuk tahun tersebut. Sebarang lebihan premium yang mungkin telah dibayar berdasarkan silap nyata umur tersebut, akan dikembalikan tanpa faedah. Jika berdasarkan umur sebenar Pihak Diinsuranskan tidak layak untuk mendapatkan perlindungan di bawah Polisi ini, tiada manfaat akan dibayar.

11. Klausula Siber

Polisi ini tidak boleh diguna pakai dan secara spesifik mengecualikan sebarang bentuk kerugian secara langsung atau tidak langsung, yang timbul daripada atau terkandung secara keseluruhan atau sebahagian:

- 11.1 penggunaan atau salahguna Internet atau kemudahan yang sama;
- 11.2 mana-mana transmisi elektronik data atau maklumat lain;
- 11.3 mana-mana virus komputer, cecacing, bom logik, kuda Trojan atau masalah yang seumpamanya;
- 11.4 penggunaan dan salah guna mana-mana alamat Internet, Laman Web atau kemudahan yang seumpamanya;
- 11.5 apa-apa data atau maklumat lain yang disampaikan ke dalam Laman Web atau kemudahan yang seumpamanya;
- 11.6 apa-apa data yang hilang atau rosak dari mana-mana sistem komputer, termasuk dan tidak terhad kepada perkakasan atau perisian.
- 11.7 berfungsi atau pincangfungsi Internet atau kemudahan seumpamanya, atau mana-mana alamat Internet, Laman Web atau kemudahan seumpamanya;
- 11.8 mana-mana pelanggaran, sama ada sengaja atau tidak sengaja, ke atas mana-mana harta intelek terpelihara (termasuk tetapi tidak dihadkan kepada tanda dagangan, hakcipta atau paten).

12. Interpretasi

Polisi ini, termasuk borang penyertaan/borang cadangan, Jadual Polisi, pengendorsan dan pindaan, jika ada, hendaklah dibaca bersama sebagai satu kontrak dan mana-mana perkataan atau ekspresi yang mana maksud spesifik telah ditakrifkan akan, kecuali diperlukan sebaliknya oleh konteks, membawa maksud spesifik yang sama di mana sahaja ia tertera.

13. Notis

Setiap notis atau komunikasi kepada Syarikat hendaklah secara bertulis dan dihantar ke Syarikat. Sebarang pindaan terma Polisi ini atau pengendorsan kepadanya,

tidak sah kecuali ia ditandatangani atau diparap oleh wakil dibenarkan Syarikat.

14. Prosiding Guaman

Tiada tindakan undang-undang atau ekuiti, boleh dibuat untuk mendapat semula Polisi sebelum luput enam puluh (60) hari selepas bukti tuntutan telah difailkan selaras dengan syarat-syarat Polisi ini. Jika Pihak Diinsuranskan gagal menyerahkan bukti kerugian yang diperlukan seperti yang ditetapkan oleh terma, peruntukan dan syarat Polisi ini, Pihak Diinsuranskan boleh, dalam tempoh ehsan satu tahun kalendar dari masa bukti bertulis mengenai kerugian perlu dilengkapkan, menyerahkan bukti kerugian yang berkaitan kepada Syarikat dengan alasan yang kukuh tentang kegagalan untuk mematuhi terma, peruntukan dan syarat-syarat. Penerimaan bukti kerugian tersebut adalah atas budi bicara mutlak dan sepenuhnya oleh Syarikat. Selepas tempoh ehsan tamat, Syarikat tidak akan menerima, atas sebarang sebab, bukti bertulis tentang kerugian tersebut.

15. Perubahan dalam Risiko

Pihak Diinsuranskan dikehendaki memberi notis bertulis serta-merta kepada Syarikat mengenai sebarang perubahan ketara dalam pekerjaan, perniagaan, tanggungjawab atau hobi beliau dan membayar sebarang premium tambahan yang mungkin diperlukan oleh Syarikat.

16. Salah Nyataan atau Pengabaian Fakta Material

Jika:

- (a) sebarang jawapan, pendedahan atau perwakilan oleh Pihak Diinsuranskan, sebelum kontrak insurans ini dimeterai, diubah atau diperbaharui, di dalam atau kepada mana-mana cadangan atau perakuan atau pertanyaan, telah sengaja atau dengan melu dinyatakan dalam sebarang keadaan; atau
- (b) sebelum kontrak insurans ini dimeterai, diubah atau diperbaharui, Pihak Diinsuranskan telah gagal mendedahkan mana-mana fakta yang Pihak Diinsuranskan ketahui akan mempengaruhi keputusan Syarikat sama ada untuk menerima risiko ini atau tidak dan kadar dan terma yang dikenakan; atau
- (c) sebarang tuntutan yang dibuat adalah palsu atau ditokok tambah, atau jika mana-mana perakuan atau pernyataan palsu telah dibuat untuk menyokong tuntutan tersebut. maka dalam mana-mana kes di atas, Polisi ini menjadi tidak sah.

17. Undang-undang Kawal Selia

Polisi ini dikeluarkan di bawah undang-undang Malaysia, dan ia tertakluk kepada dan dikawalselia oleh undang-undang semasa Malaysia. Indemniti yang disediakan oleh Polisi ini tidak diguna pakai berkaitan dengan penghakiman yang tidak pada mulanya disampaikan oleh atau diperolehi daripada Mahkamah yang mempunyai bidang kuasa di dalam Malaysia atau kepada perintah yang diperolehi dalam Mahkamah tersebut bagi penguatkuasaan penghakiman yang dibuat di luar Malaysia sama ada melalui perjanjian timbal balik atau sebaliknya.

18. Bayaran Sebelum Perlindungan

Adalah menjadi syarat khas asas dan amat penting di dalam kontrak insurans ini bahawa premium yang perlu dijelaskan mestilah dibayar dan diterima oleh Syarikat sebelum perlindungan bermula.

19. Tempoh Perlindungan Dan Pembaharuan

Polisi ini akan berkuat kuasa seperti pada tarikh yang dinyatakan di dalam Jadual. Ulang Tahun Polisi adalah satu tahun selepas tarikh kuat kuasa insurans dan secara tahunan selepas itu. Pada setiap ulang tahun tersebut, Polisi ini diperbaharui pada kadar premium yang berkuat kuasa pada masa tersebut sebagaimana dimaklumkan oleh Syarikat.

Polisi ini boleh diperbaharui mengikut pilihan Syarikat. Permohonan untuk mengubah manfaat kepada pelan lebih tinggi hanya boleh dilakukan semasa pembaharuan dan tertakluk kepada penerimaan Syarikat semasa pembaharuan.

20. Pembaharuan

Syarikat tidak berkewajipan untuk memberi notis kepada Pihak Diinsuranskan. Premium untuk pembaharuan Polisi ini dianggap perlu dibayar pada tarikh Polisi ini tamat. Bagaimanapun, Syarikat masih bertanggungjawab selama empat belas (14) hari dari tarikh tamat Polisi ini dengan syarat pada hari terakhir untuk empat belas (14) hari tersebut, premium pembaharuan telah dibayar kecuali jika Syarikat atau Pihak Diinsuranskan telah memberi notis bahawa insurans ini tidak akan diperbaharui. Polisi ini tidak boleh diperbaharui apabila Pihak Diinsuranskan mencapai umur enam puluh (60) tahun.

21. Syarat Terdahulu Kepada Liabiliti

Pematuhan dan memenuhi terma-terma, peruntukan dan syarat-syarat Polisi ini oleh Pihak Diinsuranskan setakat yang berkaitan dengan apa-apa yang perlu dilakukan atau dipatuhi oleh Pihak Diinsuranskan akan menjadi syarat terdahulu kepada sebarang liabiliti Syarikat.

22. Timbang Tara

Kesemua perbezaan yang timbul daripada Polisi ini akan dirujuk kepada keputusan Penimbang Tara yang akan dilantik secara bertulis oleh pihak yang dalam pertelingkahan. Sekiranya dalam kejadian mereka tidak dapat bersetuju tentang siapa yang akan menjadi Penimbang Tara dalam tempoh satu (1) bulan apabila diminta secara bertulis untuk berbuat demikian, maka kedua-dua pihak berhak melantik seorang Penimbang Tara yang setiap seorang akan terus mendengar perbezaan itu bersama dengan Pengadil yang akan dilantik oleh kedua-dua Penimbang Tara. Dengan ini ditetapkan dengan nyata dan diisytiharkan bahawa ia akan menjadi syarat terdahulu kepada mana-mana hak tindakan atau saman ke atas dasar ini bahawa award oleh Penimbang Tara, Penimbang Tara – Penimbang Tara atau Pengadil tersebut hendaklah terlebih dahulu diperolehi.

Jika Kami akan menafikan liabiliti kepada Pihak Diinsuranskan untuk sebarang tuntutan di bawah ini dan tuntutan tersebut tidak akan dalam tempoh dua belas

(12) bulan dari tarikh penafian tersebut telah dirujuk kepada timbang tara di bawah peruntukan yang terkandung di sini, maka tuntutan untuk semua maksud dan tujuan itu akan dianggap telah terbatal dan selepas itu tidak boleh diprerolehi semula di bawah ini.

23. Sijil, Maklumat Dan Bukti

Semua sijil, maklumat, laporan perubahan dan bukti yang mungkin diperlukan oleh Syarikat hendaklah diserahkan dengan perbelanjaan Pihak Diinsuranskan, dan dalam bentuk yang mungkin ditetapkan oleh Syarikat. Semua notis yang diperlukan daripada Pihak Diinsuranskan mestilah dibuat secara bertulis dan dialamatkan kepada Syarikat. Pihak Diinsuranskan akan, apabila diminta dan perbelanjaan ditanggung oleh Syarikat, melakukan pemeriksaan perubahan apabila dianggap perlu.

24. Pembaharuan, Pengubahsuaian dan Penamatan Polisi oleh Syarikat

Syarikat tidak boleh menamatkan Polisi secara sebelah pihak semasa tempoh insurans. Pada tarikh ulang tahun Polisi, Syarikat boleh memperbaharui Polisi pada premium yang sama, membaharui Polisi pada premium tambahan, atau tidak memperbaharui polisi. Jika Syarikat mengekalkan jadual kadar premium yang sama untuk keseluruhan portfolio dan jika tidak terdapat sebarang perubahan kepada risiko yang wujud pada Pihak Diinsuranskan, Syarikat boleh menawarkan untuk memperbaharui Polisi pada premium yang sama. Pembaharuan juga mungkin akan menyebabkan peningkatan premium, contohnya apabila Pihak Diinsuranskan memasuki kumpulan umur lain mengikut jadual kadar premium. Premium pembaharuan yang perlu dibayar tidak dijamin dan Syarikat berhak untuk menyemak semula kadar premium yang terpakai pada masa pembaharuan, contohnya kerana kemerosotan dalam tuntutan keseluruhan portfolio. Jika ada perubahan sedemikian, hendaklah terpakai kepada semua polisi baru dan pembaharuan tanpa mengira pengalaman tuntutan individu mengikut penilaian risiko syarikat terhadap keseluruhan portfolio. Syarikat akan memberikan notis tentang perubahan tersebut kepada Pihak Diinsuranskan tidak kurang daripada tiga puluh (30) hari sebelum tarikh ulang tahun Polisi. Syarat-syarat yang didedahkan di sini adalah tidak menyeluruh dan kadar premium boleh disemak semula mengikut keadaan lain yang sewajarnya. Semasa pembaharuan, Syarikat berhak untuk menyemak and mengubahsuai terma dan syarat polisi, seperti mengecualikan syarat tertentu atau hilang upaya yang menyebabkan tuntutan terdahulu dibuat oleh Pihak Diinsuranskan. Pengubahsuaian juga mungkin termasuk mengenakan premium tambahan ke atas Polisi untuk tuntutan terdahulu yang dibuat oleh Pihak Diinsuranskan, tetapi premium tambahan tersebut tidak boleh melebihi 50% daripada jumlah premium. Pengubahsuaian juga mungkin diperlukan akibat

daripada perubahan dalam pekerjaan atau gaya hidup yang mengakibatkan perubahan dalam profil risiko Pihak Diinsuranskan. Ambil perhatian bahawa kemungkinan keadaan yang mengakibatkan pengubahsuaian yang disenaraikan di atas adalah tidak menyeluruh; keadaan wajar lain juga mungkin memerlukan pengubahsuaian kepada terma dan syarat Polisi. Sekiranya keputusan sedemikian dibuat, Syarikat akan menyampaikan notis tidak kurang daripada tiga puluh (30) hari sebelum tarikh ulang tahun Polisi kepada Pihak Diinsuranskan berserta sebab-sebab pengubahsuaian.

Syarikat berhak untuk menolak pembaharuan Polisi. Sekiranya keputusan sedemikian dibuat, sebab untuk tidak memperbaharui akan diberikan kepada Pihak Diinsuranskan dan Syarikat akan menyampaikan notis tidak kurang daripada tiga puluh (30) hari sebelum tarikh ulang tahun Polisi. Sebagai contoh, tidak diperbaharui mungkin disebabkan oleh perubahan dalam pekerjaan atau gaya hidup yang mengakibatkan perubahan dalam profil risiko Pihak Diinsuranskan. Ambil perhatian bahawa kemungkinan keadaan yang mengakibatkan tidak diperbaharui seperti yang diterangkan tidak menyeluruh; keadaan wajar lain juga boleh menyebabkan Polisi tidak diperbaharui. Walau bagaimanapun, Syarikat tidak boleh menolak untuk memperbaharui Polisi semata-mata kerana Pihak Diinsuranskan telah membuat tuntutan pada tahun sebelumnya.

NOTIS KEPADA PEMEGANG POLISI

Sila memeriksa Polisi insurans untuk memastikan ianya memenuhi keperluan **Anda**.

Untuk mengelakkan salah faham, adalah sangat penting Polisi, Jadual dan sebarang pengendorsan disertakan di sini dibaca bersama secara terperinci.

Sekiranya **Anda** mempunyai sebarang aduan atau keraguan berkaitan dengan Polisi **Anda**, sila hubungi ejen **Anda**, sekiranya ada atau berhubung dengan pejabat yang mengeluarkannya. Kami memastikan aduan **Anda** dilayani dengan segera.

Bagi tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau keaburan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia tentang mana-mana bahagian Kontrak, adalah dipersetujui bahawa Kontrak versi Bahasa Inggeris akan terpakai.

Sebagai Penanggung Insurans yang bertanggungjawab, **Kami** ingin membawa kepada perhatian **Anda** bahawa **Anda** boleh mengemukakan ketidakpuasan **Anda** kepada Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OFS) atau Biro Perkhidmatan Pelanggan (CSB) Bank Negara seperti yang ditunjukkan di bawah.

BAGAIMANA UNTUK MEMBUAT ADUAN

Jika **Anda** tidak berpuas hati dengan mana-mana aspek perkhidmatan **Kami**, **Kami** ingin mendengar daripada **Anda**. **Anda** boleh membuat aduan dalam bentuk apa jua yang paling selesa dengan **Anda** samada melalui panggilan telefon kepada operator **Kami** atau, secara bertulis, fax atau e-mel aduan **Anda** kepada:

Unit Pengendalian Aduan

RHB Insurance Berhad
Aras 12B, West Wing, The Icon
No 1, Jalan 1/68F, Jalan Tun
Razak, 55000 Kuala Lumpur
Tel: 1300-220-007
Faks: 03-2163 7277
E-mel : complaints_unit@rhbinsurance.com.my

Kami akan berusaha untuk bertindak balas kepada aduan **Anda** dalam masa empat belas (14) hari. Jika Kami tidak dapat menyelesaikan perkara tersebut dalam tempoh masa yang ditetapkan seandainya rumit, **Anda** akan diberitahu tentang perkembangan yang telah dibuat tentang aduan **Anda** tersebut.

Anda boleh membantu Kami untuk memberi tindak balas secepat mungkin dengan memberi **Kami** maklumat- maklumat berikut:

1. Nama, alamat dan nombor untuk dihubungi
2. No Nota Perlindungan / No. Polisi / No. Tuntutan

Sekiranya setelah mengambil langkah-langkah di atas dan

Anda masih tidak berpuas hati, **Anda** boleh menulis ke:

Unit Pengurusan Aduan

Ombudsman Perkhidmatan Kewangan (OFS)
Tingkat 14, Blok Utama
Menara Takaful Malaysia
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman
50000 Kuala Lumpur
Tel: 03-2272 2811
Faks: 03-2272 1577
E-mel : enquiry@ofs.org.my
Laman Web : www.ofs.org.my

Jika Pengantara membuat keputusan yang tidak menyebelahi Kami, **Anda** diminta untuk memberitahu Pengantara mengenai keputusan **Anda** untuk menerima atau menolak keputusan tersebut dalam tempoh empat belas (14) hari.

Jika **Anda** tidak menerima keputusan tersebut, **Anda** boleh menolak keputusan Pengantara. **Anda** bebas untuk mengambil tindakan mahkamah ke atas Kami atau merujuk kepada Timbangtara.

Sebagai pilihan, **Anda** boleh menghantar ketidakpuasan hati **Anda** terhadap tindakan Kami secara bertulis kepada Bank Negara Malaysia dengan memberi secara

terperinci maklumat aduan **Anda** dan informasi **Polisi Anda** kepada:

BNMTELELINK

Jabatan Komunikasi Korporat
Bank Negara Malaysia
Peti Surat 10922
50929 Kuala Lumpur
Tel: 1300-88-5465 (LINK)
Faks: 03-2174 1515
E-mel : bnmtelelink@bnm.gov.my
Laman Web : www.insuranceinfo.com.my

HEAD OFFICE / IBU PEJABAT

Level 12, West Wing, The Icon,
No.1, Jalan 1/68F,
Jalan Tun Razak,
55000 Kuala Lumpur
Tel : 03 - 9545 8888 Fax : 03 - 9281 2729
Website : insurance.rhbgroup.com

**CUSTOMER RELATIONSHIP CENTRE /
KAUNTER KHIDMAT PELANGGAN**

Level 1, Tower Three, RHB Centre,
Jalan Tun Razak,
50400 Kuala Lumpur
Tel : 1300-220-007 Fax : 03 – 2163 7277
Email : rhbi.general@rhbgroup.com