

Ruj: (2) dlm. KKM-58/300/1-5 Jld.2



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

SURAT PEKELILING BAHAGIAN KEWANGAN BILANGAN 1 TAHUN 2011

Semua Setiausaha/Pengarah Bahagian

Semua Pengarah Kesihatan Negeri

Semua Pengarah Hospital

Kementerian Kesihatan Malaysia

PROSEDUR KERJA BAGI KEMASUKAN WAD DAN TUNTUTAN CAJ HOSPITAL PEKERJA ASING YANG DILINDUNGI DI BAWAH SKIM PERLINDUNGAN INSURANS KESIHATAN PEKERJA ASING (SPIKPA) DI HOSPITAL KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

1. TUJUAN

Tujuan Surat Pekeliling ini adalah untuk menjelaskan mengenai prosedur kerja bagi kemasukan wad dan tuntutan caj hospital bagi Pekerja-Pekerja Asing yang dilindungi di bawah Skim Perlindungan Insurans Kesihatan Pekerja Asing (SPIKPA) di Hospital-hospital Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) kepada semua Jabatan Kesihatan Negeri (JKN) dan Hospital-hospital KKM supaya dapat dilaksanakan dengan teratur dan berkesan.

2. LATAR BELAKANG

2.1 Kerajaan telah memutuskan supaya pelaksanaan SPIKPA di hospital-hospital KKM bermula pada 1 Januari 2011. Semua pekerja asing adalah diwajibkan mengambil polisi insurans ini dengan jumlah perlindungan insurans kesihatan sebanyak RM10,000.00 setahun dan bayaran premium insurans sebanyak RM120 setahun bagi seorang pekerja asing.

2.2 SPIKPA juga diwajibkan untuk diambil oleh semua pekerja asing yang sedang bekerja di Malaysia pada masa ini dan diberikan tempoh selama 3 bulan untuk membeli polisi insurans tersebut. Bagi kumpulan ini, bayaran premium yang akan dikenakan oleh syarikat insurans yang terlibat adalah berdasarkan pengiraan baki hari bagi tempoh sah laku permit kerja. Bagi pekerja asing yang gagal untuk berbuat demikian, mereka tidak akan dibenarkan untuk memperbaharui permit kerja apabila permit tersebut tamat tempoh kelak.

3. KAEDAH PELAKSANAAN

3.1 SPIKPA ini dilaksanakan secara *cashless*. Ini bermakna pekerja asing yang dilindungi di bawah SPIKPA yang dimasukkan ke hospital KKM tidak perlu membayar sebarang deposit atau mengemukakan surat jaminan/*Guarantee Letter* (GL) daripada syarikat insurans. Pekerja asing hanya perlu mengemukakan dokumen pengenalan diri iaitu paspot bagi proses pengesahan di kaunter daftar masuk wad hospital KKM.

3.2 Sekiranya bil hospital yang dikenakan melebihi had perlindungan maksimum iaitu sebanyak RM10,000.00 atau tuntutan lain yang melebihi had maksimum, maka pekerja asing/majikan hendaklah membayar perbezaan baki bil hospital tersebut.

3.3 Bagi pekerja asing yang dikesan mempunyai bil tertunggak di mana-mana hospital KKM, pekerja asing/majikan berkenaan adalah bertanggungjawab untuk menjelaskan bil tersebut sebelum memohon pembaharuan permit kerja. Bagi pekerja asing yang gagal menjelaskan bil tertunggak tersebut, mereka tidak akan dibenarkan untuk memperbaharui permit kerja apabila permit tamat tempoh dan majikan yang bertanggungjawab akan disenaraihitamkan oleh pihak Jabatan Imigresen Malaysia. Majikan yang telah disenaraihitamkan tidak akan dibenarkan mengambil pekerja asing baru.

4. PROSES KERJA SPIKPA DI HOSPITAL-HOSPITAL KKM

4.1 **Carta 1** : Carta Aliran Kerja Pendaftaran Kemasukan Wad Bagi Pesakit (Pekerja Asing) Di Bilik Daftar Masuk (BDM) seperti di **Lampiran 1**.

- (i) Membuat pengesahan/verifikasi pesakit pekerja asing melalui Sistem Web Portal SPIKPA (<http://www.spikpa.com.my>) atau melalui talian Bebas Toll/*Interactive Voice Response* (IVR) SPIKPA (1 800 88 83 55) bagi menentukan pesakit pekerja asing berkenaan sama ada dilindungi di bawah Insurans SPIKPA atau tidak. Maklumat pesakit yang dilindungi insurans akan dipaparkan

di dalam **Borang Pengesahan SPIKPA Untuk Tujuan Kemasukan Wad (KKM/SPIKPA/BP/1/2011)** seperti di **Lampiran A.**

- (ii) Sekiranya pesakit pekerja asing memiliki Insurans SPIKPA dan masih dalam tempoh perlindungan, caj tuntutan hospital bagi pesakit pekerja asing akan dibayar oleh syarikat insurans melalui *Third Party Claim Administrator (TPCA)*. Sekiranya pesakit pekerja asing tidak dilindungi oleh insurans, prosedur biasa perlu dilakukan dengan mengutip deposit atau mendapatkan surat jaminan/*Guarantee Letter (GL)* daripada majikan.
- (iii) Selain itu, borang-borang lain yang perlu dikepilkan bersama adalah:-

(a) **Borang Penilaian Perlindungan Insurans SPIKPA (KKM/SPIKPA/BP/2/2011)** seperti di **Lampiran B.**

(b) **Borang Permohonan Laporan Perubatan (KKM/SPIKPA/LP/1/2011)** seperti di **Lampiran C.**

4.2 Carta 2: Carta Aliran Kerja Semasa Pesakit (Pekerja Asing) Berada Di Dalam Wad seperti di **Lampiran 2.**

- (i) Memastikan pesakit pekerja asing menandatangani Borang Permohonan Laporan Perubatan (Lampiran C).
- (ii) Memastikan Pegawai Perubatan dan Pembantu Tadbir Unit Hasil/Wad atau Jururawat mengisi maklumat yang diperlukan di

dalam Borang Penilaian Perlindungan Insurans (Lampiran B) untuk menentukan sama ada sebarang sakit, penyakit, wabak atau kecederaan akibat kemalangan yang dialami oleh pekerja asing tersebut dilindungi di bawah Insurans SPIKPA atau tidak. Jika tidak dilindungi, deposit perlu dikutip daripada pekerja asing berkenaan atau mendapatkan surat jaminan/*Guarantee Letter* (GL) daripada majikan seperti prosedur kerja di Carta 4.

- (iii) Sekiranya sebarang sakit, penyakit, wabak atau kecederaan akibat kemalangan yang dialami oleh pesakit pekerja asing **dilindungi Insurans SPIKPA**, prosedur kerja yang perlu dilakukan adalah seperti di **Carta 3**.

4.3 **Carta 3** : Carta Aliran Kerja Semasa Discaj Pesakit (Pekerja Asing) Yang Dilindungi Oleh SPIKPA seperti di **Lampiran 3**.

- (i) Memastikan pihak hospital menyemak dan melengkapkan Borang Penilaian Perlindungan Insurans (Lampiran B) untuk menentukan jumlah tuntutan kepada TPCA/pesakit/majikan. Sekiranya kegunaan Hari Bilik Biasa atau/dan Hari Bilik ICU melebihi had maksimum yang dinyatakan dalam Borang Pengesahan SPIKPA Untuk Tujuan Kemasukan Wad, pihak hospital perlu menggunakan Kaedah Pengiraan Pembahagian Caj Tuntutan Bilik Biasa/Bilik ICU seperti format di **Lampiran D**. Kaedah tuntutan kepada TPCA adalah seperti prosedur kerja di Carta 5(a) **atau** Carta 5(b).

- (ii) Memastikan Pegawai Perubatan berkenaan menyediakan dan mengemukakan **Laporan Perubatan SPIKPA (KKM/SPIKPA/LP/2/2011)** seperti di **Lampiran E**.

4.4 **Carta 4** : Carta Aliran Kerja Bagi Kes Yang Tidak Dilindungi Insurans SPIKPA seperti di **Lampiran 4**.

- (i) Menerangkan prosedur kerja yang perlu dilakukan sekiranya pesakit pekerja asing tidak dilindungi oleh Insurans SPIKPA di mana tuntutan caj hospital perlu dibayar oleh pesakit/majikan.

4.5 **Carta 5(a)** : Carta Aliran Kerja Bagi Kes Yang Tiada Pertikaian Dengan TPCA seperti di **Lampiran 5**

- (i) Menerangkan prosedur kerja untuk mengemukakan tuntutan caj hospital kepada TPCA bagi kes-kes tuntutan yang tidak mempunyai sebarang pertikaian/*query* oleh TPCA.

4.6 **Carta 5(b)** : Carta Aliran Kerja Bagi Kes Yang Ada Pertikaian Dengan TPCA seperti di **Lampiran 6**.

- (i) Menerangkan prosedur kerja untuk mengemukakan tuntutan caj hospital kepada TPCA bagi kes-kes yang mempunyai pertikaian/*query* seperti kesilapan bil atau amaun tuntutan yang berbeza.

- (ii) Sekiranya pertikaian adalah disebabkan oleh kesilapan pengiraan bil, pihak hospital perlu menjana bil yang baru dan mengambil tindakan sebagaimana di Carta 5(a).
- (iii) Bagi kes-kes yang mempunyai pertikaian jumlah tuntutan kepada TPCA:-
 - (a) Sekiranya pihak hospital **bersetuju** dengan penjelasan TPCA, pihak hospital hendaklah mengemaskini sistem dan membuat tuntutan caj hospital daripada TPCA/majikan/pesakit pekerja asing selaras dengan keputusan tersebut;
 - (b) Sekiranya pihak hospital **tidak bersetuju** dengan penjelasan TPCA, pihak hospital perlu menyediakan penjelasan sewajarnya dan majukan kepada KKM untuk keputusan;
 - (c) Keputusan KKM dalam kes ini adalah muktamad dan pihak hospital hendaklah mengemaskini sistem dan membuat tuntutan caj hospital selaras dengan keputusan KKM.

4.7 Contoh Polisi Insurans dan brosur SPIKPA dalam versi Bahasa Melayu dan Bahasa Inggeris adalah seperti di **Lampiran F** dan **Lampiran G**.

5. TARIKH KUATKUASA

Tarikh kuatkuasa Surat Pekeliling ini adalah mulai Surat Pekeliling ini dikeluarkan.

“ BERKHIDMAT UNTUK NEGARA ”

Saya yang menurut perintah,



(DATO' NG SWEE TING)
Setiausaha Bahagian Kewangan
Kementerian Kesihatan Malaysia

18 Januari 2011

s.k.:

Ketua Setiausaha

Ketua Pengarah Kesihatan

Timbalan Ketua Setiausaha (Pengurusan)

Timbalan Ketua Setiausaha (Kewangan)

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Awam)

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Penyelidikan & Sokongan Teknikal)

Pengarah Kanan Kesihatan Pergigian

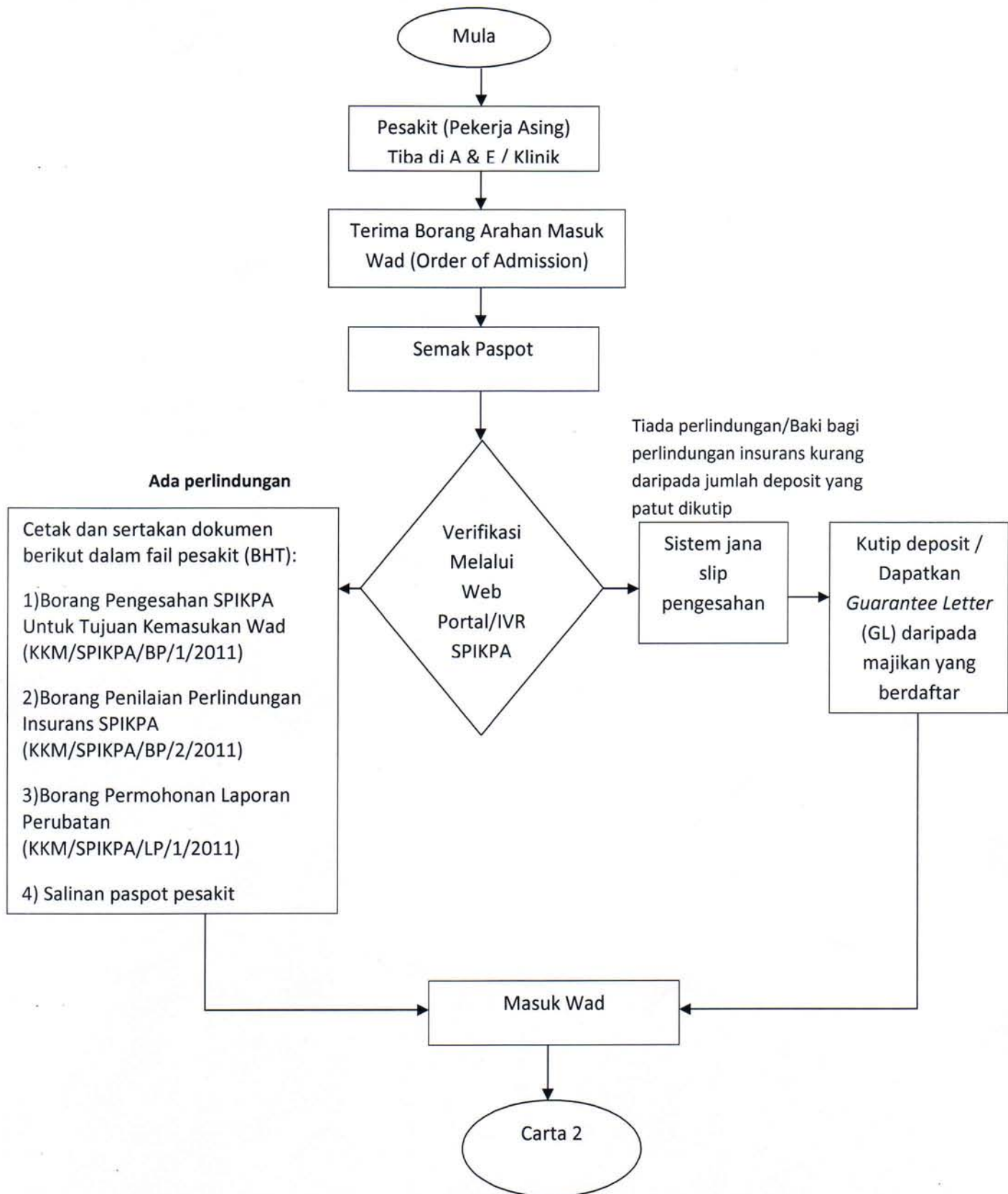
Pengarah Kanan Perkhidmatan Farmasi

Pengarah Kanan Keselamatan dan Kualiti Makanan

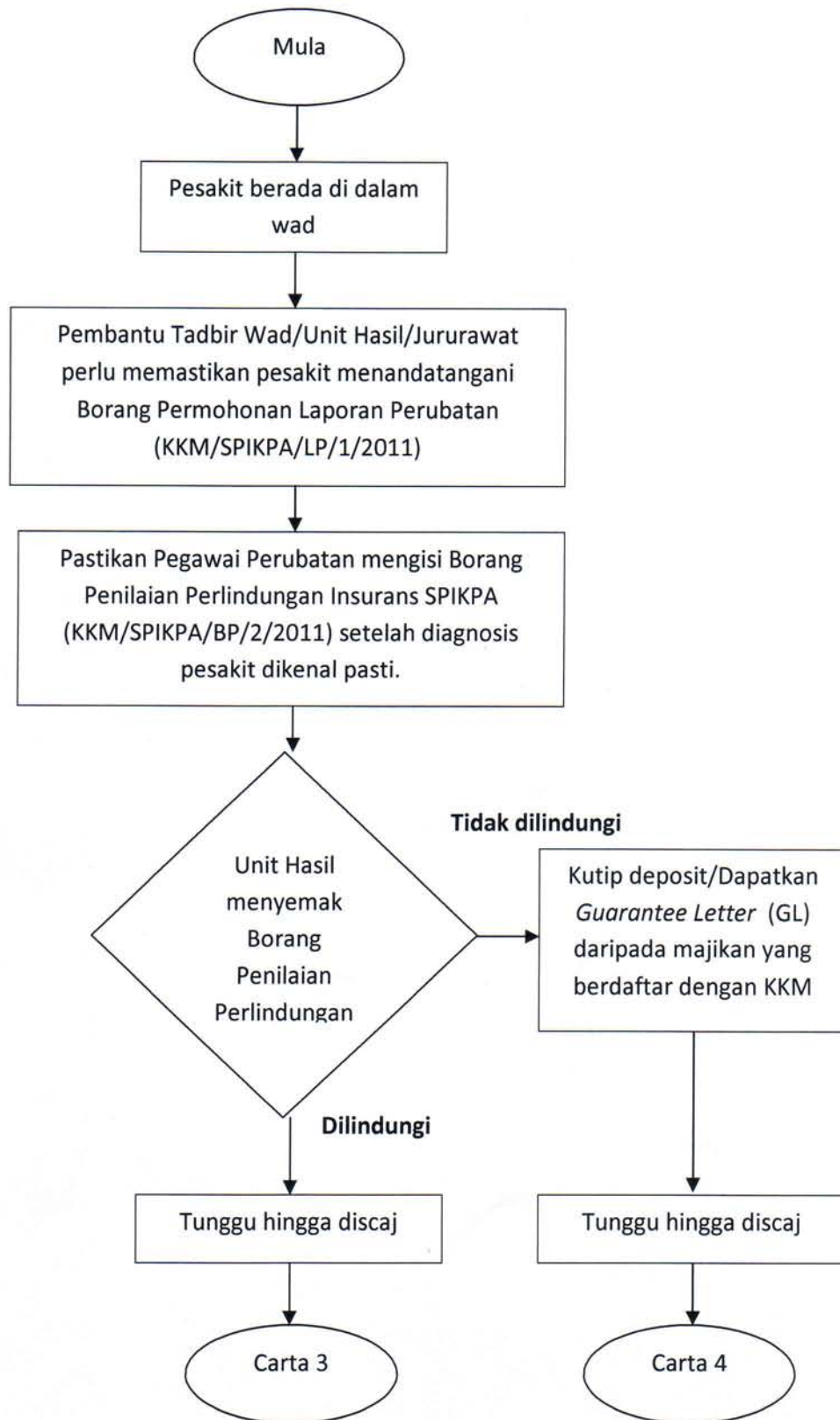
Setiausaha Sulit Kanan YB Menteri Kesihatan

Setiausaha Sulit Kanan YB Timbalan Menteri Kesihatan

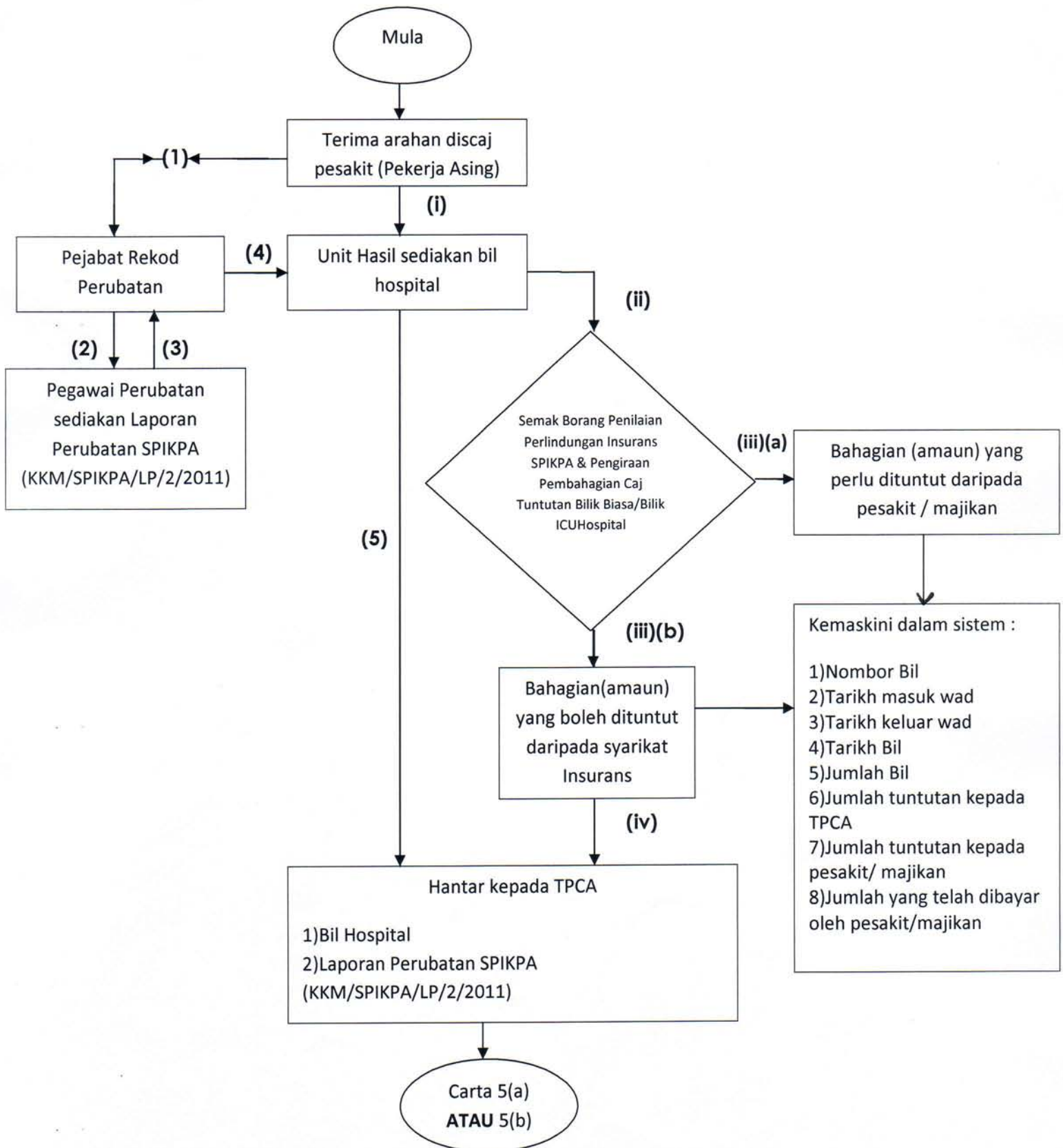
**CARTA 1 : CARTA ALIRAN KERJA PENDAFTARAN KEMASUKAN WAD BAGI PESAKIT
(PEKERJA ASING) DI BILIK DAFTAR MASUK (BDM)**



CARTA 2 : CARTA ALIRAN KERJA SEMASA PESAKIT (PEKERJA ASING) BERADA DI DALAM WAD



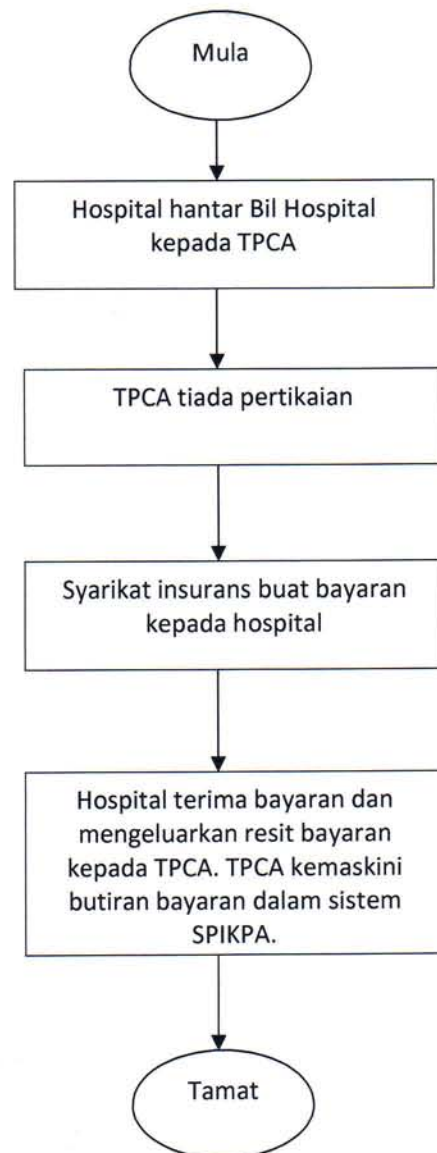
CARTA 3 : CARTA ALIRAN KERJA SEMASA DISCAJ PESAKIT (PEKERJA ASING) YANG DILINDUNGI OLEH INSURANS KESIHATAN



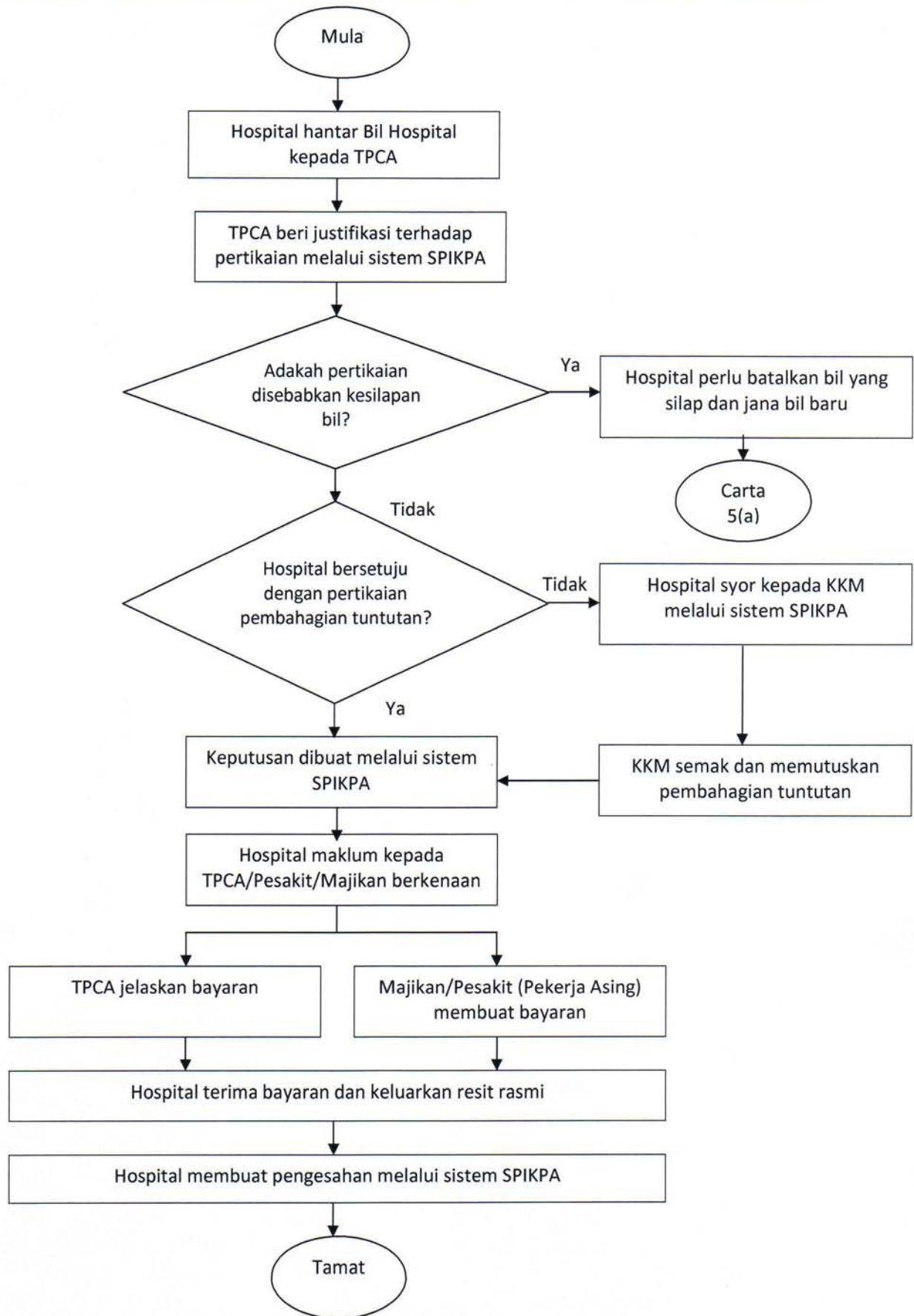
CARTA 4 : CARTA ALIRAN KERJA BAGI KES YANG TIDAK DILINDUNGI INSURANS SPIKPA***Nota :**

Maklumat yang perlu dikemaskini:-

- 1) Nombor Bil
- 2) Tarikh masuk wad
- 3) Tarikh keluar wad
- 4) Tarikh Bil
- 5) Jumlah Bil
- 6) Jumlah yang telah dibayar oleh pesakit/majikan
- 7) Sebab kes tidak dilindungi insurans (Rujuk senarai pengecualian)

CARTA 5(a) : CARTA ALIRAN KERJA BAGI KES YANG TIADA PERTIKAIAN DENGAN TPCA

CARTA 5(b) : CARTA ALIRAN KERJA BAGI KES YANG ADA PERTIKAIAN DENGAN TPCA



No.Ruj.Pengesahan SPIKPA : **XXXXXXXXXX**

PENGESAHAN SPIKPA UNTUK TUJUAN KEMASUKAN WAD

Kaedah Pengesahan : Tarikh & Masa Pengesahan :

Kod & Nama Hospital :

Nama Pegawai Yang Menjalankan Tugas Pengesahan :

MAKLUMAT PEKERJA ASING (PESAKIT)

Nama :

Warganegara: No.Pasport :

Tarikh Lahir : Jantina :

MAKLUMAT MAJIKAN

Nama Majikan / Syarikat :

Alamat :

No.Telefon (Pejabat) : (Bimbit) :

e-Mel :

MAKLUMAT TPCA DAN TEMPOH PERLINDUNGAN DAN HAD TUNTUTAN SPIKPA

Kod TPCA : Nama TPCA :

Alamat :

Pegawai Dihubungi : Jawatan :

No.Telefon (Pejabat) : (Bimbit) : Faks:

e-Mel :

MAKLUMAT PERLINDUNGAN DAN HAD BAKI TUNTUTAN SPIKPA

No. Polisi : Tempoh Perlindungan :

Had Baki Tuntutan SPIKPA =>	Bilik Biasa (Hari) 30	ICU (Hari) 15	Jumlah Baki Tuntutan (RM) 10,000.00
-----------------------------	---------------------------------	-------------------------	---

*** Ini adalah janaan komputer dan tandatangan tidak diperlukan ***

BORANG PENILAIAN PERLINDUNGAN INSURANS
SKIM PERLINDUNGAN INSURANS KESIHATAN PEKERJA ASING (SPIKPA)
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Nama Pesakit: _____ No. Paspot: _____

(A) PENILAIAN BERKENAAN PENYAKIT (DISEDIAKAN OLEH PEGAWAI PERUBATAN)

Adakah rawatan ini berkaitan dengan penyakit atau keadaan berikut:-

(a) Kardiovaskular	Ya / Tidak	} Penyakit adalah dilindungi di bawah skim insurans. (Dijana oleh sistem sekiranya penyakit dilindungi)
(b) Kanser	Ya / Tidak	
(c) Pergigian atau Pembedahan Plastik	Ya / Tidak	
(d) AIDS, HIV atau STD	Ya / Tidak	
(e) Kongenital atau Penyakit Keturunan.	Ya / Tidak	
(f) Kehamilan atau Ketidaksuburan	Ya / Tidak	
(g) Percubaan Bunuh Diri atau Kecederaan yang disengajakan	Ya / Tidak	
(h) Ganguan Tidur atau Dengkur	Ya / Tidak	
(i) Psikotik, Mental atau saraf	Ya / Tidak	
(j) Kecederaan Sukan atau Penerbangan	Ya / Tidak	

.....
 (Tandatangan)

Nama :

Tarikh :

Cop :

(B) SENARAI SEMAK BAGI PEGAWAI/PEMBANTU TADBIR UNIT HASIL/WAD/JABATAN A&E

- | | Ya | Tidak |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Adakah Borang Pengesahan SPIKPA Untuk Tujuan Kemasukan Wad (KKM/SPIKPA/BP/1/2011) disertakan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bagi penyakit (a) atau (b), adakah kemasukan hospital berlaku selepas 120 hari daripada tarikh permulaan insurans? (Sila tanda jika berkaitan) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Adakah penyakit yang dirawat selain daripada penyakit (c) hingga (j)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sekiranya jawapan bagi soalan 1, 2 dan 3 adalah "Ya", maka kes dilindungi di bawah skim SPIKPA.

Sekiranya kegunaan Bilangan Hari Bilik Biasa **atau/dan** Hari Bilik ICU melebihi had maksimum yang dinyatakan dalam Borang Pengesahan SPIKPA Untuk Tujuan Kemasukan Wad, perlu menggunakan **Kaedah Pengiraan Pembahagian Caj Tuntutan Bilik Biasa/Bilik ICU Hospital** dan kepilkan bersama format berkenaan.

.....
 (Tandatangan)

Nama :

Tarikh :

Cop :

**BORANG PERMOHONAN LAPORAN PERUBATAN
SKIM PERLINDUNGAN INSURANS KESIHATAN PEKERJA ASING (SPIKPA)
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

1. Maklumat Pemohon

Nama Pemohon :
*No. Paspot/No. KP :
Hubungan dengan Pesakit :
Alamat Pemohon :
No. Tel. Rumah : No. Tel. Bimbit :

2. Maklumat Pesakit

Nama Pesakit :
MRN : No. Paspot :
Umur :

3. Keizinan daripada Pesakit / Penjaga Pesakit

Saya membenarkan pihak hospital mengeluarkan Laporan Perubatan *saya / pesakit yang bernama seperti di ruangan maklumat pesakit di atas kepada Syarikat Insurans dan Third Party Claim Administrator (TPCA) yang berkenaan dengan polisi insurans *saya / pesakit. Dengan ini saya juga melepaskan pihak hospital dan juga pihak-pihak yang menerima Laporan Perubatan dari sebarang tindakan perundangan berkaitan dengan pengeluaran laporan perubatan tersebut.

Tandatangan /
Cop jari : Tandatangan Saksi :

Nama Pesakit /
Penjaga Pesakit : Nama Saksi :

*No. Paspot / No KP : *No. Paspot / No. KP :

Tarikh : (***Nota: Sila potong mana yang tidak berkenaan**)

4. Untuk kegunaan pejabat :

Tandatangan :
Nama Kakitangan bertugas :
Jawatan :
Jabatan :
Tarikh :

Laporan ini hendaklah dihantarkan kepada TPCA SPIKPA yang berkenaan.

LAMPIRAN D

KAEDAH PENGIRAAN PEMBAHAGIAN CAJ TUNTUTAN BILIK BIASA/BILIK ICU HOSPITAL

	Bilangan Hari	Kadar Caj Hospital	Jumlah Caj Tuntutan
	RM	RM	RM
<u>Bilik Biasa</u>			
Baki Bilangan Had Hari Bilik Biasa (Rekod SPIKPA)	(a) 30		
Bilangan Hari Bilik yang dikenakan caj	(b) 25		
Bilangan Hari Bilik ditanggung Insurans	(c) 25	40	1000
Bilangan Hari Bilik yang ditanggung Pesakit	(d) = (b) - (c) 0	40	0
Baki yang boleh digunakan bagi ICU	(e) = (a) - (c) - (d) 5		
Bilangan yang digunakan untuk ICU	(f) 5		
Baki dibawa ke hadapan	(f) = (e) - (f) 0		
Jumlah Tuntutan Kepada Insurans			1000
Jumlah Tuntutan Kepada Pesakit			0
Jumlah Tuntutan			1000

	Bilangan Hari	Kadar Caj Hospital	Jumlah Caj Tuntutan
	RM	RM	RM
<u>Bilik ICU</u>			
Baki Bilangan Had Hari ICU	(g) 15		
Bilangan Hari ICU yang dikenakan caj	(h) 21		
Bilangan Hari ICU ditanggung Insurans	(i) 15	300	4500
Bilangan Hari Bilik Biasa ditanggung Insurans	(j) 5	40	200
Baki Bilangan Hari ICU ditanggung pesakit	(k1) 5	260	1300
Bilangan Hari ICU ditanggung Pesakit	(k) = (h) - (i) - (j) 1	300	300
Baki dibawa ke hadapan	(l) = (g) - (i) 0		
Jumlah Tuntutan Kepada Insurans			4700
Jumlah Tuntutan Kepada Pesakit			1600
Jumlah Tuntutan			5000

NOTA:-

Hanya masukkan maklumat di bahagian yang bertanda sahaja.

LAPORAN PERUBATAN
SKIM PERLINDUNGAN INSURANS KESIHATAN PEKERJA ASING (SPIKPA)
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Butiran Pesakit

Nama Pesakit : Umur :
No Pasport : MRN :
Tarikh masuk wad : Tarikh discaj dari wad :

Disiplin:

.....
.....

Sejarah Kesihatan:

.....
.....
.....

Pemeriksaan Fisikal:

.....
.....

Keputusan ujian makmal dan radiologi:

.....
.....
.....

Diagnosis:

.....
.....

Rawatan yang diberikan kepada Pesakit :

.....
.....
.....

Rumusan prosedur yang dijalankan ke atas Pesakit:

.....
.....
.....

Preskripsi ubat-ubat yang diberikan kepada Pesakit:

.....
.....
.....

Laporan disediakan oleh:-

Tandatangan :
Nama :
NO K/P :
Jawatan :
Jabatan :
Tarikh :

Cop Rasmi Hospital

SKIM KEMASUKAN HOSPITAL DAN PEMBEDAHAN PEKERJA ASING (SKHPPA)

BAHAWASANYA Yang Pemegang Polisi/ Orang Yang Diinsuranskan, menerusi permohonan dan perakuan yang menjadi asas kepada kontrak ini dan dianggap sebagai sebahagian daripadanya, telah memohon kepada _____ (seterusnya dirujuk sebagai "Syarikat") untuk insurans yang terkandung seterusnya dan telah membayar premium yang dinyatakan dalam Jadual Polisi sebagai pertimbangan untuk insurans sedemikian bagi tempoh yang dinyatakan di dalamnya.

MAKA POLISI INI MEMPERAKUI bahawa jika dalam Tempoh Insurans, sebarang sakit, wabak, penyakit atau kecederaan akibat kemalangan memerlukan Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke Hospital Kerajaan Malaysia untuk rawatan, Syarikat akan, tertakluk kepada peraturan-peraturan, peruntukan-peruntukan, pengecualian-pengecualian dan syarat-syarat Polisi ini dan yang diendors kepadanya, membayar kepada Yang Diinsuranskan/Orang Yang Diinsuranskan atau wakil peribadinya yang sah di sisi undang-undang jumlah atau jumlah-jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Dengan syarat dalam segala hal bahawa Polisi ini akan berkuatkuasa pada tarikh yang dinyatakan dalam Jadual Polisi. Polisi ini akan dikeluarkan untuk tempoh satu tahun dan boleh dibaharui untuk tempoh satu tahun lagi pada akhir setiap tempoh insurans tertakluk kepada kebenaran Syarikat.

Definisi:

KEMALANGAN hendaklah bermaksud kejadian yang berlaku secara tiba-tiba, tidak disengajakan, tidak dijangka, luar biasa dan yang tertentu pada masa dan di tempat yang dikenal pasti, yang hendaklah tanpa bergantung pada apa-apa sebab lain, menjadi satu-satunya sebab bagi kecederaan anggota badan.

MANA-MANA SATU HILANG UPAYA hendaklah bermaksud semua tempoh hilang upaya yang timbul daripada sebab yang sama termasuk mana-mana dan semua komplikasinya kecuali jika Orang Yang Diinsuranskan pulih sepenuhnya dan tidak perlu menjalani apa-apa rawatan lanjut (termasuk dadah, ubat, diet khas atau suntikan atau nasihat tentang keadaannya) bagi hilang upaya itu selama sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari selepas tarikh terakhir keluar hospital dan hilang upaya berikutnya akibat daripada sebab yang sama hendaklah dianggap seolah-olah hilang upaya itu adalah yang baru.

HILANG UPAYA hendaklah bermaksud Sakit, Wabak, Penyakit atau semua Kecederaan yang timbul daripada satu atau beberapa sebab yang berterusan.

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

HARI hendaklah bermaksud pentafsiran hari yang dikenakan bayaran oleh Hospital Kerajaan Malaysia yang berkenaan.

PEMBEDAHAN HARIAN hendaklah bermaksud pesakit yang perlu menggunakan kemudahan pemulihan untuk prosedur pembedahan yang dirancang terlebih dahulu di hospital/klinik pakar (tetapi bukan untuk bermalam).

DOKTOR atau PAKAR PERUBATAN atau PAKAR BEDAH hendaklah bermaksud pengamal perubatan berdaftar yang layak dan berlesen untuk mengamalkan perubatan barat dan yang, semasa memberikan rawatan itu, mengamalkannya mengikut skop pelesenan dan latihannya di kawasan geografi profesion tersebut diamalkan, tetapi tidak termasuk doktor, pakar perubatan atau pakar bedah yang merupakan Orang Yang Diinsuranskan itu sendiri.

PENGINAPAN HOSPITAL hendaklah bermaksud Orang Yang Diinsuranskan didaftar dan dimasukkan sebagai pesakit yang dirawat dalam Hospital Kerajaan Malaysia selama lebih daripada dua belas (12) jam.

HOSPITAL hendaklah bermaksud pertubuhan berlesen yang ditubuhkan dan didaftarkan sewajarnya sebagai Hospital Kerajaan Malaysia bukan korporat untuk jagaan dan rawatan orang yang sakit dan cedera, dan yang:-

- (a) mempunyai kemudahan teratur untuk diagnosis, rawatan dan pembedahan utama;
- (b) menyediakan khidmat jagaan dua puluh empat (24) jam sehari oleh jururawat berdaftar dan siswazah;
- (c) di bawah penyeliaan Pakar Perubatan; dan
- (d) bukan terutamanya sebuah klinik, tempat penjagaan untuk ketagih alkohol dan dadah, pusat jagaan atau rumah pemulihan atau rumah orang tua atau pertubuhan yang serupa.

HOSPITAL KERAJAAN MALAYSIA hendaklah bermaksud hospital yang bayaran khidmatnya tertakluk kepada Akta Fi 1951 Perintah Fi (Perubatan) 1982 dan/atau pindaan berikutnya jika ada.

SAKIT, WABAK ATAU PENYAKIT hendaklah bermaksud keadaan fizikal yang ditunjukkan dari segi patologi berbeza daripada keadaan kesihatan yang normal.

KECEDERAAN hendaklah bermaksud kecederaan anggota badan yang semata-mata disebabkan oleh kemalangan.

PEMEGANG POLISI hendaklah bermaksud orang atau entiti korporat yang telah memohon untuk insurans ini daripada Syarikat dan merupakan majikan pekerja asing yang sah.

ORANG YANG DIINSURANSKAN hendaklah bermaksud Orang Yang Layak yang telah diterima oleh Syarikat untuk menyertai Skim seperti yang diuraikan dalam Jadual Manfaat.

ORANG YANG LAYAK hendaklah bermaksud pekerja asing semasa dan masa depan Pemegang Polisi yang bekerja sepenuh masa dan berusia antara lapan belas (18) hingga enam puluh (60) tahun dan merupakan pemegang sah permit/Pas Lawatan Kerja Sementara yang masih berkuat kuasa, yang dikeluarkan oleh pihak berkuasa kerajaan Malaysia yang berkenaan.

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

HAD TAHUNAN KESELURUHAN hendaklah bermaksud manfaat yang dibayar bagi belanja yang dikenakan untuk rawatan yang diberikan kepada Orang Yang Diinsuranskan dalam tempoh insurans hendaklah dihadkan mengikut Had Tahunan Keseluruhan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat tanpa mengira jenis hilang upaya. Jika Had Tahunan Keseluruhan telah dibayar, maka semua insurans untuk Orang Yang Diinsuranskan di bawah ini hendaklah dihentikan bayarannya serta-merta bagi baki tahun polisi tersebut.

PENYAKIT SEDIA ADA hendaklah terhad kepada hilang upaya yang wujud sebelum tarikh kuat kuasa perlindungan dan untuk mana Orang Yang Diinsuranskan patut mengetahui sewajarnya. Orang Yang Diinsuranskan dianggap mengetahui sewajarnya keadaan sedia ada itu apabila:-

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

BAYARAN MUNASABAH DAN BIASA DIAMALKAN hendaklah bermaksud bayaran rawatan perubatan yang perlu dari segi perubatan, yang dianggap munasabah dan biasa diamalkan selagi bayaran itu tidak melebihi had biasa bayaran yang dibuat oleh pihak lain yang sama kedudukannya ditempat bayaran itu dikenakan, apabila memberikan rawatan, khidmat atau bekalan seumpamanya atau yang serupa kepada individu dengan jantina yang sama dan kategori umur yang sama untuk sakit, penyakit atau kecederaan serta selaras dengan piawai dan amalan perubatan yang diterima dan tidak boleh diabaikan tanpa menjejaskan keadaan perubatan Orang Yang Diinsuranskan.

PENYAKIT TERTENTU hendaklah bermaksud hilang upaya berikut dan komplikasi yang berkaitan dengannya, yang wujud dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama Insurans bagi Orang Yang Diinsuranskan:

- (a) Penyakit kardiovaskular
- (b) Semua kanser

PEMBEDAHAN hendaklah bermaksud mana-mana prosedur perubatan yang berikut:

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

POLISI hendaklah bermaksud perjanjian ini bersama dengan sebarang endorsemen di dalamnya, yang ditandatangani oleh Syarikat, Jadual Manfaat yang dilampirkan kepadanya dan borang permohonan Orang Yang Diinsuranskan yang kesemuanya meliputi keseluruhan kontrak antara kedua-dua pihak.

TEMPOH INSURANS hendaklah bermaksud tempoh yang dinyatakan dalam Jadual Polisi dan dalam mana Orang Yang Diinsuranskan bekerja secara langsung untuk Yang Diinsuranskan atau sehingga tamat pekerjaan/permit kerja yang mana lebih awal TETAPI TIDAK TERMASUK tempoh apabila Orang Yang Diinsuranskan kembali ke negara asalnya. Perlindungan tamat dari masa beliau meninggalkan Malaysia dan disambung semula apabila beliau kembali ke Malaysia. Had Liputan kawasan Polisi adalah di dalam Malaysia sahaja.

Jenis Manfaat

Bilik Hospital dan Makan Harian (Maksimum sehingga tiga puluh (30) hari)

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk penginapan di bilik dan makan. Jumlah manfaat hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh Hospital Kerajaan Malaysia semasa Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital, tetapi manfaat tidak boleh melebihi, bagi mana-mana satu hari, kadar Manfaat Bilik dan Makan, dan bilangan maksimum hari seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Orang Yang Diinsuranskan hanya layak menerima manfaat ini apabila dimasukkan ke Hospital sebagai pesakit dalam.

Unit Rawatan Rapi (Maksimum sehingga lima belas (15) hari)

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk bilik dan makan yang sebenarnya ditanggung semasa dimasukkan ke hospital sebagai pesakit dalam di Unit Rawatan Rapi Hospital Kerajaan Malaysia. Bayaran manfaat ini hendaklah sama dengan bayaran sebenar yang dikenakan oleh Hospital Kerajaan Malaysia tertakluk kepada manfaat maksimum bagi mana-mana satu hari, dan bilangan maksimum hari, seperti yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Apabila tempoh dimasukkan ke hospital di Unit Rawatan Rapi melebihi tempoh maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat, maka pembayaran balik akan dihadkan kepada kadar Bilik Hospital dan Makan Harian. Tiada Manfaat Bilik Hospital dan Makan akan dibayar untuk tempoh dimasukkan ke hospital yang sama di mana Manfaat Unit Rawatan Rapi Harian dibayar.

Bekalan dan Khidmat Hospital

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

Bilik Bedah

Pembayaran balik bagi bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk Bilik Bedah yang berkaitan dengan prosedur pembedahan tidak melebihi had-had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

Bayaran Pembedahan

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan untuk pembedahan yang Perlu Dari Segi Perubatan oleh Pakar, semasa tinggal di hospital. Jika lebih daripada satu pembedahan dijalankan bagi Mana-Mana Satu Hilang Upaya, jumlah bayaran untuk semua pembedahan yang dijalankan, tidak boleh melebihi jumlah maksimum yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Bayaran Pakar Bius

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan oleh Pakar Bius untuk pemberian bahan bius yang Perlu Dari Segi Perubatan tidak boleh melebihi had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (Maksimum sehingga tiga puluh (30) hari)

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan oleh Pakar Perubatan untuk lawatan yang Perlu Dari Segi Perubatan ke atas pesakit dalam berbayar semasa dimasukkan ke hospital kerana hilang upaya bukan pembedahan tertakluk

kepada maksimum satu (1) lawatan sehari tidak melebihi bilangan hari dan jumlah maksimum yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat.

Lawatan Rundingan Pakar Dalam Hospital (maksimum sehingga tiga puluh (30) hari)

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan bagi rundingan oleh Pakar yang berlesen secara sah dan berkecualan, yang disarankan oleh Pakar Perubatan disebabkan penyakit atau kecederaan semasa tinggal di hospital. Jumlah keseluruhan yang dibayar tidak boleh melebihi jumlah maksimum yang ditetapkan di Jadual Manfaat bagi Mana-Mana Satu Hilang Upaya.

Bayaran Ambulans/Bayaran Laporan Perubatan

Pembayaran balik bagi bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung untuk khidmat ambulans rumah (termasuk atendan) ke dan/atau dari Hospital Kerajaan Malaysia. Bayaran tidak akan dibuat jika Orang Yang Diinsuranskan itu tidak dimasukkan ke hospital dan tertakluk kepada had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat. Di bawah manfaat ini, Syarikat juga akan membayar balik Yang Diinsuranskan kos bagi mendapatkan laporan perubatan namun hanya jika laporan tersebut secara khusus diperlukan oleh pihak Syarikat bagi memproses tuntutan.

Peruntukan Khas

ORANG-ORANG YANG LAYAK

Orang-Orang Yang Layak diinsuranskan di bawah Polisi ini adalah pekerja asing semasa dan masa depan Pemegang Polisi yang bekerja sepenuh masa dan terlibat secara aktif dalam tugas biasa pada tarikh mereka layak menyertai Polisi.

Kakitangan pekerja asing semasa layak untuk menyertai insurans pada tarikh permulaan polisi. Kakitangan pekerja asing pada masa depan layak untuk menyertai insurans pada tarikh yang dinyatakan dalam borang permohonan.

Jika seorang kakitangan tidak terlibat secara aktif dalam tugas biasanya pada tarikh beliau sepatutnya layak mengikut keperluan yang dinyatakan di atas, tarikh kelayakannya akan ditangguhkan hingga ke hari pertama (1) bulan yang berikut selepas beliau kembali bertugas sepenuh masa secara aktif.

TEMPOH PERLINDUNGAN DAN PEMBAHARUAN

Polisi ini hendaklah berkuat kuasa mengikut tarikh yang dinyatakan dalam Jadual. Ulang tahun Polisi adalah satu (1) tahun selepas tarikh kuat kuasa dan setiap tahun berikutnya. Pada setiap ulang tahun itu, Polisi ini boleh dibaharui pada kadar premium yang berkuat kuasa pada masa itu seperti yang dimaklumkan oleh Syarikat.

WILAYAH GEOGRAFI

Semua manfaat yang disediakan dalam polisi ini adalah terpakai dalam Malaysia sahaja untuk dua puluh empat (24) jam sehari.

HAD MANFAAT

Semua manfaat yang disediakan di Polisi ini adalah hanya berbayar jika Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke Hospital Kerajaan Malaysia bukan korporat.

Pengecualian

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

1. Penyakit sedia ada. Walau bagaimanapun, pengecualian tersebut adalah digugurkan sekiranya Orang Yang Diinsuranskan telah lulus pemeriksaan perubatan dan disahkan oleh Fomema Sdn. Bhd. (FOMEMA) dalam masa 30 hari ketibaan ke Malaysia.
2. Penyakit tertentu yang berlaku dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama bagi perlindungan berterusan.
3. Pembedahan plastik/kosmetik, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasaan atau pembedahan (Keratotomy Radial) dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik seperti anggota tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.
4. Penyakit pergigian termasuk rawatan pergigian atau pembedahan oral kecuali apabila diperlukan kerana Kecederaan Akibat Kemalangan pada gigi asli yang sihat yang berlaku sepenuhnya dalam Tempoh Insurans.
5. Penjagaan peribadi, rehat pulih atau jagaan kebersihan, dadah yang tidak dibenarkan, intoksikasi, pensterilan, penyakit venereal dan sekuelanya, AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit) atau ARC (Kompleks Berkaitan AIDS) dan

penyakit berkaitan HIV (Sindrom Kurang Daya Tahan Manusia), dan apa-apa penyakit berjangkit yang memerlukan kuarantin oleh undang-undang.

6. Apa-apa rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.
7. Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, menggugurkan kandungan dan jagaan serta pembedahan pranatal atau postnatum, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketidaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impotensi atau pensterilan.
8. Penghospitalan terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis pemeriksaan sinar-X, pemeriksaan fizikal atau perubatan am, tidak berkaitan dengan rawatan atau diagnosis Hilang Upaya yang dilindungi yang tidak Perlu Dari Segi Perubatan dan apa-apa rawatan pencegahan, ubat atau pemeriksaan pencegahan yang dijalankan oleh Pakar Perubatan, dan rawatan khusus untuk mengurangkan atau menaikkan berat badan.
9. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.
10. Perang atau apa-apa tindakan perang, diisytiharkan atau tidak diisytiharkan, aktiviti jenayah atau pengganas, bergiat cergas dalam mana-mana angkatan bersenjata, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan dan kekecohan awam atau penderhakaan tentera.
11. Radiasi pengionan atau pencemaran melalui radioaktiviti daripada mana-mana bahan api nuklear atau sisa nuklear daripada proses pembelahan nuklear atau daripada apa-apa bahan senjata nuklear.
12. Belanja yang ditanggung untuk menderma mana-mana organ tubuh oleh Orang Yang Diinsuranskan dan kos pemerolehan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma ketika transplant organ dan komplikasinya.
13. Penyiasatan dan rawatan gangguan tidur dan dengkur, terapi penggantian hormon dan terapi pilihan seperti rawatan, khidmat atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada khidmat kiropraktik, akupunktur, akutekanan, refleksologi, pengikatan tulang, rawatan pakar herba, urut atau terapi aroma atau rawatan pilihan yang lain.
14. Jagaan atau rawatan yang pembayarannya tidak dikehendaki atau setakat yang ia dibayar oleh mana-mana insurans lain atau tanggung rugi yang melindungi Orang Yang Diinsuranskan dan Hilang Upaya yang timbul daripada tugas dalam pekerjaan atau kerjaya yang dilindungi di bawah Kontrak Insurans Pampasan Pekerja.
15. Gangguan psikotik, mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).
16. Kos/belanja bagi khidmat yang bersifat bukan perubatan, seperti televisyen, telefon, khidmat telex, radio atau kemudahan yang serupa, kit/pek kemasukan dan barang bukan perubatan lain yang tidak layak.
17. Sakit atau Kecederaan yang timbul daripada apa-apa jenis perlumbaan (kecuali perlumbaan jalan kaki), sukan berbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjun udara, luncur air, aktiviti dalam air yang memerlukan alat pernafasan, sukan musim sejuk, sukan profesional dan aktiviti yang tidak dibenarkan.
18. Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.
19. Belanja yang ditanggung untuk menukar jantina.

Syarat-Syarat Am

Polisi ini dan Jadualnya hendaklah dibaca bersama sebagai satu kontrak dan sebarang perkataan atau penyertaan yang disertakan dengan makna khusus dalam mana-mana bahagian Polisi atau Jadual hendaklah membawa makna khusus yang sama di mana juga ia digunakan.

NOTIS

Setiap notis atau komunikasi kepada Syarikat hendaklah dibuat secara bertulis dan dihantar kepada Syarikat. Pindaan bagi syarat dalam Polisi ini atau apa-apa pengendorsan padanya, tidak sah kecuali pindaan itu ditandatangani atau diparap oleh wakil Syarikat yang diberi kuasa.

PRASYARAT LIABILITI

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

SALAH NYATAAN/PENIPUAN

Jika cadangan atau perisytiharan Orang Yang Diinsuranskan didapati tidak betul dari apa-apa segi atau jika fakta penting yang mempengaruhi risiko tidak dinyatakan dengan betul di dalamnya atau dikeluarkan daripadanya, atau jika insurans ini, atau apa-apa pembaharuan padanya sepatutnya diperoleh melalui mana-mana silap nyata, salah nyataan atau jika apa-apa tuntutan yang dibuat secara menipu atau ditokok tambah, atau apa-apa perisytiharan atau pernyataan palsu dibuat untuk menyokongnya, dengan itu dalam mana-mana kes ini, Polisi ini adalah terbatal.

PREMIUM

Ketika tempoh insurans, premium untuk insurans di bawah Polisi ini adalah tidak terjamin. Syarikat berhak untuk menukar kadar pada mana premium dikira, pada permulaan mana-mana Tahun Polisi, dengan syarat Syarikat memaklumkan Orang Yang Diinsuranskan sekurang-kurangnya sembilan puluh (90) hari lebih awal dari tarikh premium tersebut perlu dibayar.

PROSEDUR TUNTUTAN

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

PEMBATALAN

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

Tempoh Tidak Boleh Melebihi	Bayaran Balik Premium Tahunan
15 hari	90%
1 bulan	80%
2 bulan	70%
3 bulan	60%
4 bulan	50%
5 bulan	40%
6 bulan	30%
7 bulan	25%
8 bulan	20%
9 bulan	15%
10 bulan	10%
11 bulan	5%
Tempoh melebihi 11 bulan	Tiada bayaran balik

UNDANG-UNDANG MENGAWAL POLISI

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

PROSIDING UNDANG-UNDANG

Tindakan undang-undang atau ekuiti tidak boleh dibawa ke mahkamah untuk mendapatkan semula Polisi ini sebelum tamat tempoh enam puluh (60) hari selepas bukti bertulis tentang kerugian diberikan menurut keperluan Polisi ini. Jika Orang Yang Diinsuranskan gagal memberikan bukti kerugian yang diperlukan seperti yang dinyatakan oleh terma, peruntukan dan syarat Polisi, maka Orang

Yang Diinsuranskan boleh dalam tempoh ihsan bagi satu tahun kalendar dari masa bukti bertulis bagi kerugian itu diberikan, menyerahkan bukti kerugian yang berkaitan kepada Syarikat dengan alasan yang kukuh atas kegagalan mematuhi terma, peruntukan dan syarat Polisi. Selepas tempoh ihsan itu tamat, Syarikat tidak akan menerima, walau dengan apa-apa alasan sekalipun bukti bertulis tentang kerugian itu.

PENAMATAN INSURANS INDIVIDU

Insurans bagi mana-mana satu Orang Yang Diinsuranskan akan tamat apabila berlaku kejadian-kejadian berikut, yang mana lebih awal:-

- (a) apabila habis tempoh permit kerja Orang Yang Diinsuranskan atau apabila kontrak pekerjaan antara Pemegang Polisi dan Orang Yang Diinsuranskan yang dinamakan dalam Jadual ditamatkan, atau
- (b) dari tarikh Surat Pelepasan daripada Jabatan Imigresen, atau
- (c) apabila Orang Yang Diinsuranskan meninggal dunia atau apabila kehabisan Had Tahunan Keseluruhan bagi Orang Yang Diinsuranskan, atau
- (d) pada Ulang Tahun Polisi seterusnya selepas hari lahir ke-60 Orang Yang Diinsuranskan, atau
- (e) pada tarikh apabila pembayaran premium bagi Orang Yang Diinsuranskan diberhentikan atas sebarang sebab, atau
- (f) pada tarikh Polisi ini ditamatkan sama ada oleh Pemegang Polisi atau Syarikat, atau
- (g) pada tengah malam waktu standard Malaysia pada hari terakhir Tempoh Insurans melainkan pada waktu tersebut Orang Yang Diinsuranskan terlantar di sebuah Hospital Kerajaan. Jika keadaan ini berlaku, masa penamatan akan dilanjutkan sehingga:
 - (i) Orang Yang Diinsuranskan keluar dari Hospital Kerajaan; atau
 - (ii) Had Tahunan Keseluruhan telah dihabiskan yang mana berlaku dahulu.

PINDAAN

Syarikat berhak meminda terma dan peruntukan Polisi ini dengan memberikan notis awal tiga puluh (30) hari secara bertulis melalui pos biasa ke alamat terakhir Orang Yang Diinsuranskan yang diketahui mengikut rekod Syarikat, dan pindaan tersebut akan terpakai dari pembaharuan berikutnya bagi Polisi ini. Pindaan kepada Polisi ini tidak sah kecuali jika Diluluskan oleh Syarikat dan kelulusan itu hendaklah diendorsekan pada Polisi tersebut. Penanggung insurans hendaklah memberikan notis awal tiga puluh (30) hari secara bertulis kepada Orang Yang Diinsuranskan mengikut alamat terakhir yang direkodkan bagi mana-mana pindaan yang dibuat.

TEMPOH IHSAN

Meskipun terdapat syarat Tunai sebelum Perlindungan, tempoh Ihsan selama empat belas (14) hari dari tarikh perlu dibayar dibenarkan untuk pembayaran sebarang premium setelah Tahun Polisi pertama. Dalam tempoh selama empat belas (14) hari tersebut, Syarikat akan bertanggungjawab jika pada akhir tempoh berkenaan, premium telah dibayar.

Sekiranya sebarang premium berkaitan dengan Polisi Kontrak ini tidak berbayar sebelum tarikh tamat tempoh ihsan, Polisi Kontrak ini dianggap sebagai terbatal pada tarikh luput polisi ini.

PENTING

Pemegang Polisi akan membaca Polisi ini dengan teliti dan jika sebarang kesilapan atau salah nyataan ditemui disini, atau jika perlindungan bukan mengikut kehendak Pemegang Polisi, Syarikat harus dimaklumkan dengan segera dan Polisi dikembalikan untuk perhatian.

JADUAL MANFAAT (MANA-MANA SATU HILANG UPAYA)

PERKARA	MANFAAT	JUMLAH (RM)
1 (a)	Bilik Hospital & Makan Harian (Maksimum sehingga 30 hari)	Bayaran yang dikenakan – mengikut bayaran yang selaras dengan Bilik & Makan Kelas Ketiga (ke-3) sehingga maksimum RM60 sehari di Hospital Kerajaan Malaysia Bukan Korporat mengikut Akta Fi 1951, Perintah Fi (Perubatan) 1982
1 (b)	Unit Rawatan Rapi (Maksimum sehingga 15 hari)	
2.	Bekalan dan Khidmat Hospital	
3.	Bilik Bedah	
4.	Bayaran Pembedahan (Tidak merangkumi transplant organ)	
5.	Bayaran Pakar Bius	
6.	Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (Maksimum sehingga 30 hari)	
7.	Lawatan Rundingan Pakar Dalam Hospital (Maksimum sehingga 30 hari)	
8.	Bayaran Ambulans/Bayaran Laporan Perubatan	
Had Tahunan Keseluruhan Maksimum (Perkara 1-8)		RM10,000.00

NOTA PENTING:

Semua manfaat berbayar bagi apa-apa bilangan hilang upaya dalam mana-mana satu tempoh Insurans adalah tertakluk kepada Had Tahunan Keseluruhan sebanyak RM10,000.00 setiap Orang Yang Diinsuranskan.

HOSPITALISATION AND SURGICAL SCHEME FOR FOREIGN WORKERS (SKHPPA)

WHEREAS the Policyholder / Insured Person by an application and declaration which shall be the basis of this contract and is deemed to be incorporated herein has applied to _____ (hereinafter called "the Company") for the insurance contained in this Policy and has paid the premium stated in the Policy Schedule as consideration for such insurance for the period stated therein.

NOW THIS POLICY WITNESSETH that if during the Period of Insurance, any sickness, disease illness or accidental injury necessitates the Insured Person to be confined to a Malaysian Government Hospital for treatment, the Company will subject to the terms, provisos, exclusions and conditions of and endorsed on this Policy, pay to the Insured / Insured Person or his legal personal representatives the sum or sums stated in the Schedule of Benefits.

Provided always that this Policy shall become effective as of the date stated in the Policy Schedule. This Policy shall be issued for one year and at the end of each period of insurance may be renewed for another year subject to the consent of the Company.

Definitions:

ACCIDENT shall mean a sudden, unintentional, unexpected, unusual, and specific event that occurs at an identifiable time and place which shall, independently of any other cause, be the sole cause of bodily injury.

ANY ONE DISABILITY shall mean all of the periods of disability arising from the same cause including any and all complications there from except that if the Insured Person completely recovers and remains free from further treatment (including drugs, medicines, special diet or injection or advice from the conditions) of the disability for at least ninety (90) days following the latest date of discharge and subsequent disability from the same cause shall be considered as though it were a new disability.

DISABILITY shall mean a Sickness, Disease, Illness or the entire Injuries arising out of a single or continuous series of causes.

CONGENITAL CONDITIONS shall mean any medical or physical abnormalities existing at the time of birth, as well as neo-natal physical abnormalities developing within six (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.

DAY shall mean the definition of a charging day adopted by the Malaysian Government Hospital concerned.

DAY SURGERY shall mean a patient who needs the use of a recovery facility for a surgical procedure on a pre-planned basis at the hospital/specialist clinic (but not for overnight stay)

DOCTOR or PHYSICIAN or SURGEON 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 doctor, physician or surgeon who is the Insured Person himself.

HOSPITAL CONFINEMENT shall mean the Insured Person being duly registered and admitted as an in-patient in a Malaysian Government Hospital for more than twelve (12) hours.

HOSPITAL shall mean an establishment duly constituted and registered as a non-corporatized Malaysian Government Hospital for the care and treatment of sick and injured persons, and which:-

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

MALAYSIAN GOVERNMENT HOSPITAL shall mean a hospital which charges of services are subject to the Fees Act 1951 Fees (Medical) Order 1982 and/or its subsequent amendments if any.

SICKNESS, DISEASE OR ILLNESS shall mean a physical condition marked by a pathological deviation from the normal healthy state.

INJURY shall mean bodily injury caused solely by accident.

POLICYHOLDER shall mean a person or corporate entity who has applied for this insurance from the Company and who is an employer or bona fide foreign workers.

INSURED PERSON shall mean the Eligible Person having accepted by the Company to participate in the Scheme as described in the Policy Schedule.

ELIGIBLE PERSON shall mean the present and future full-time foreign worker employees of the Policyholders who are between eighteen (18) to sixty (60) years of age and who are bona fide holders of valid work permits/Pas Lawatan Kerja Sementara issued by the relevant Malaysian government authority.

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

OVERALL ANNUAL LIMIT shall mean benefits payable in respect of expenses incurred for treatment provided to the Insured Person during the period of insurance shall be limited to Overall Annual Limits as stated in the Schedule of Benefits irrespective of type/types of disability. In the event the Overall Annual Limit having been paid, all insurance for the Insured Person hereunder shall immediately cease to be payable for the remaining policy year.

PRE-EXISTING ILLNESSES shall be limited to disabilities which existed before the effective date of cover and for which the Insured Person should have reasonably been aware 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.

REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGES shall mean charges for medical care which is medically necessary shall be considered reasonable and customary to the extent that it does not exceed the general level of charges being made by others of similar standing in the locality where the charge is incurred, when furnishing like or comparable treatment, services or supplies to individual of the same sex and of comparable age for a similar sickness, disease or injury and in accordance with accepted medical standards and practice could not have been omitted without adversely affecting the Insured Person's medical condition.

SPECIFIED ILLNESSES shall mean the following disabilities and its related complications, occurring within the first one hundred and twenty (120) days of Insurance of the Insured Person:-

- (a) Cardiovascular disease;
- (b) All cancers.

SURGERY shall mean any of the following medical procedures:-

- (a) To incise, excise or electrocauterize any organ or body part, except for dental services.
- (b) To repair, revise, or reconstruct any organ or body part.
- (c) To reduce by manipulation a fracture or dislocation.
- (d) Use of endoscopy to remove a stone or object from the larynx, bronchus, trachea, esophagus, stomach, intestine, urinary bladder or urethra.

POLICY shall mean this agreement together with any endorsements therein, signed by the Company, the Policy Schedule attached hereto and the application form of the Insured Person all of which shall constitute the entire contract between the parties.

PERIOD OF INSURANCE shall mean the period specified in the Policy Schedule and during which the Insured Person is in immediate employment of the Insured or until the cessation of the work/employment permit whichever is the earlier BUT EXCLUDING the period when the Insured Person returns to his/her home country. Cover ceases from the time he/she leaves Malaysia and resumes upon his/her return to Malaysia. The territorial limit of this Policy is within Malaysia only.

Descriptions of Benefits

Daily Hospital Room and Board (Maximum up to thirty (30) days)

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

Intensive Care Unit (Maximum up to fifteen (15) days)

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges Medically Necessary for actual room and board incurred during confinement as an in-patient in the Intensive Care Unit of the Malaysian Government Hospital. This benefit shall be payable equal to the actual charges made by the Malaysian Government Hospital subject to the maximum benefit for any one day, and maximum number of days, as set forth in the Schedule of Benefits. Where the period of confinement in an Intensive Care Unit exceeds the maximum set forth in the Schedule of Benefits, reimbursement will be restricted to the standard Daily Hospital Room and Board rate. No Hospital Room and Board Benefits shall be paid for the same confinement period where the Daily Intensive Care Unit Benefits is payable.

Hospital Supplies and Services

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

Operating Theatre

Reimbursement of the Reasonable and Customary Operating Room charges incidental to the surgical procedure not exceeding the limits as set forth in the Schedule of Benefits.

Surgical Fees

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for a Medically Necessary surgery by the Specialists during confinement in hospital. If more than one surgery is performed for Any One Disability, the total payments for all the surgeries performed shall not exceed the maximum stated in the Schedule of Benefits.

Anaesthetist Fees

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges by the Anaesthetist for the Medically Necessary administration of anaesthesia not exceeding the limits as set forth in the Schedule of Benefits.

In-Hospital Physician Visits (Maximum up to thirty (30) days)

Reimbursement of Reasonable and Customary Charges by a Physician for Medically Necessary visiting an in-paying patient while confined for a non-surgical disability subject to a maximum of one (1) visit per day not exceeding the maximum number of days and amount as set forth in the Schedule of Benefits.

In-Hospital Specialist Consultation Visits (Maximum up to thirty (30) days)

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges for the consultation by a legally licensed and qualified Medical Specialist, which is recommended by a Physician because of illness or injury while confined in hospital. The total amount payable shall not exceed the maximum specified in the Schedule of Benefits for Any One Disability.

Ambulance Fees/Medical Reports Fees

Reimbursement of Reasonable and Customary Charges incurred for necessary domestic ambulance service (inclusive of attendants) to and/or from the Malaysian Government Hospital. Payment will not be made if the Insured Person is not hospitalized and subject to the limits as set forth in the Schedule of Benefits. Under this benefit, the Company shall also reimburse the Insured the cost of obtaining medical report(s) but only if such reports are specifically required by the Company for its processing of claims.

Special Provisions

PERSON ELIGIBLE

Eligible Persons for insurance under this Policy are those present and future full-time foreign worker employees of Policyholder who are actively engaged at their usual work on the date the persons are eligible to join the Policy.

Present foreign worker employees will be eligible to participate in the insurance on the commencement date of the Policy. Future foreign worker employees will be eligible to participate in the insurance according to the date mentioned in the application form.

If a foreign worker employee is not actively engaged at his/her usual work on the date he/she would otherwise be eligible in accordance with the abovementioned requirement, his/her eligibility date will be deferred to the first (1st) day of the month immediately following his/her return to active full-time work.

PERIOD OF COVER AND RENEWAL

This Policy shall become effective as for 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.

GEOGRAPHICAL TERRITORY

All benefits provided in this policy are applicable within Malaysia only for twenty-four (24) hours a day.

LIMITATION OF BENEFITS

All benefits provided in this Policy are only payable in the event the Insured Person is confined in a non-corporatised Malaysian Government Hospital.

Exclusions

This contract does not cover any hospitalization, surgery or charges caused directly or indirectly, wholly or partly, by any one (1) of the following occurrences:

1. Pre-existing illness. However, this exclusion is waived in the event the Insured Person passes the medical examination as confirmed by Fomema Sdn. Bhd. (FOMEMA) within 30 days from the Insured Person's arrival to Malaysia.
2. Specified Illnesses occurring during the first one hundred and twenty (120) days of continuous cover.
3. Plastic/Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness (Radial Keratotomy) and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof.
4. 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.
5. Private nursing, rest cures or sanatoria care, illegal drugs, intoxication, sterilization, venereal disease and its sequelae, AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) or ARC (AIDS Related Complex) and HIV (Human Immunodeficiency Virus) related diseases, and any communicable diseases requiring quarantine by law.
6. Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions.

7. Pregnancy, child birth (including surgical delivery), miscarriage, abortion and prenatal or postnatal care and surgical, mechanical or chemical contraceptive methods of birth control or treatment pertaining to infertility. Erectile dysfunction and tests or treatment related to impotence or sterilization.
8. Hospitalization primarily for investigatory purposes, diagnosis, X-ray examination, general physical or medical examinations, not incidental to treatment or diagnosis of a covered Disability or any treatment which is not Medically Necessary and any preventive treatments, preventive medicines or examinations carried out by a Physician, and treatments specifically for weight reduction or gain.
9. Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while sane or insane.
10. War or any act of war, declared or undeclared, criminal or terrorist activities, active duty in any armed forces, direct participation in strikes, riots and civil commotion or insurrection.
11. Ionising radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any nuclear weapons material.
12. 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.
13. 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 aromatherapy or other alternative treatment.
14. Care or treatment for which payment is not required or to the extent which is payable by any other insurance or indemnity covering the Insured Person and Disabilities arising out of duties of employment or profession that is covered under a Workman's Compensation Insurance Contract.
15. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
16. 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.
17. Sickness or Injury arising from racing of any kind (except foot racing), hazardous sports such as but not limited to skydiving, water skiing, underwater activities requiring breathing apparatus, winter sports, professional sports and illegal activities.
18. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.
19. Expenses incurred for sex changes.

General Conditions

This Policy and the Policy Schedules shall be read together as one contract and any words or expressions to which a specific meaning has been attached in any part of this Policy or of the Policy Schedule shall bear such specific meaning wherever it may appear.

NOTICE

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

CONDITION PRECEDENT TO LIABILITY

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

MISREPRESENTATION/FRAUD

If the proposal or declaration of the Insured is untrue in any respect or if any material fact affecting the risk be incorrectly stated herein or omitted therefrom, or if this insurance, or any renewal thereof shall have been obtained through any misstatement, misrepresentation or suppression or if any claim made shall be fraudulent or exaggerated, or if any false declaration or statement shall be made in support thereof, then in any of these cases, this Policy shall be void.

PREMIUM

During the Period of Insurance, the premium for insurance under this Policy is not guaranteed. The Company shall have the right to change the rate at which premiums shall be calculated, at the start of any Policy Year, provided that the Company notifies the Insured Person at least ninety (90) days in advance of the date such premium is due.

CLAIM PROCEDURES

- (a) The Insured shall within thirty (30) days of a Disability that incurs claimable expenses, give written notice to the Company stating full particulars of such event, including all original bills and receipts, and a full Physician's report stipulating the diagnosis of the condition treated and the date the Disability commenced in the Physician's opinion and the Physician's summary of the cost of treatment including medicines and services rendered. Failure to furnish such notice within the time allowed shall not invalid any claim if it is shown not to have been reasonably possible to furnish such notice and that such notice was furnished as soon as was reasonably possible.
- (b) The Insured Person shall immediately procure and act on proper medical advice and the Company shall not be held liable in the event a treatment or service becomes necessary due to failure of the Insured Person to do so.
- (c) Upon completion of submission of all relevant documents, the reimbursement of the claims shall be made within thirty (30) working days by the Company.

CANCELLATION

This Policy may be cancelled by the Policyholder at any time by giving a written notice to the Company; and provided that no claims have been made during the current policy year, the Policyholder shall be entitled to a refund of the premium as follow:-

Period Not Exceeding	Refund of Annual Premium
15 days	90%
1 month	80%
2 months	70%
3 months	60%
4 months	50%
5 months	40%
6 months	30%
7 months	25%
8 months	20%
9 months	15%
10 months	10%
11 months	5%
Period Exceeding 11 months	No Refund

GOVERNING LAW

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

LEGAL PROCEEDINGS

No action at law or in equity shall be brought to recover on this Policy prior to expiration of sixty (60) days after written proof of loss has been furnished in accordance with the requirements of this Policy. If the Insured Person shall fail to supply the requisite proof of loss as stipulated by the terms, provisions and conditions of the Policy, the Insured Person may, within a grace period of one calendar year from the time that the written proof of loss was 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.

TERMINATION OF INDIVIDUAL INSURANCE

The insurance of any one Insured Person shall terminate on the earlier happening of the following events:-

- (a) upon expiration of the Insured Person's work permit or upon the termination of the employment contract between the Policyholder and the Insured Person named in the Schedule, or
- (b) from the date of the Immigration Department's Letter of Discharge, or
- (c) on the death of the Insured Person, or exhaustion of the Overall Annual Limit for that particular Insured Person, or
- (d) on the Policy Anniversary immediately following the 60th birthday of the Insured person, or
- (e) on the date when premium payments for the Insured Person's insurance are discontinued due to any cause, or
- (f) on the date of termination of the Policy by either the Policyholder or the Company, or
- (g) at the mid-night standard Malaysian time on the last day of the Period of Insurance unless the Insured Person is confined to a Government Hospital at such time. If this being the case, the time of termination shall be extended to:
 - (i) the time the Insured Person is discharged from the Government Hospital; or
 - (ii) the time the Overall Annual Limit shall have been exhausted whichever is the first to occur.

ALTERATIONS

The Company reserves the right to amend the terms and provisions of this Policy by giving a thirty (30) day prior notice in writing by ordinary post to the Insured's last known address in the Company's records, and such amendment will be applicable from the next renewal of this Policy. No alteration to this Policy shall be valid unless Authorized by the Company and such approval is endorsed thereon. The insurer should give thirty (30) days prior written notice to the Insured according to the last recorded address for any alterations made.

GRACE PERIOD

Notwithstanding the Cash before Cover condition, a Grace period of fourteen (14) days from its due date will be allowed for payment of each premium after the first Policy Year. During such fourteen (14) days, the Company shall remain liable there under if by the last of such days, the premium is actually paid.

If any premium is not paid in respect of this Policy Contract before the end of the Grace period, this Policy Contract shall be deemed as terminated at the expiry date of the policy.

IMPORTANT

The Policyholder shall read this Policy carefully and if any error or misdescription be found herein, or if the cover were not in accordance with the wishes of the Policyholder, advice should at once be given to the Company and the Policy returned for attention

SCHEDULE OF BENEFITS (ANY ONE DISABILITY)

ITEM	BENEFITS	AMOUNT (RM)
1(a)	Daily Hospital Room & Board (Maximum up to 30 days)	As charged – in accordance
1(b)	Intensive Care Unit (Maximum up to 15 days)	to charges consistent
2.	Hospital Supplies and Services	with third (3rd)
3.	Operating Theatre	Class Room & Board to a maximum of
4.	Surgical fees (Excluding organ transplantation)	RM60 per day, in
5.	Anaesthetist Fees	a Non-Corporatised
6.	In-Hospital Physician Visits (Maximum up to 30 days)	Malaysian
7.	In-Hospital Specialist Consultation Visits (Maximum up to 30 days)	Government Hospital in conformance
8.	Ambulance Fees/Medical Report Fees	to the charges specified under Fees Act 1951, Fees (Medical) Order 1982.
Maximum Overall Annual Limit (Items 1-8)		RM10,000.00

IMPORTANT NOTE:

All benefits payable for any number of disabilities in any one given period of Insurance is subject to the Overall Annual Limit of RM10,000.00 per Insured Person.

SKHPPA – BROSUR**SKIM KEMASUKAN HOSPITAL & PEMBEDAHAN PEKERJA ASING (SKHPPA)****FOREIGN WORKER HOSPITALIZATION AND SURGICAL INSURANCE SCHEME (SKHPPA)**

Kenyataan Mengikut Seksyen 149(4) Akta Insurans 1996- Anda adalah diminta memberi maklumat secara penuh dan jujur segala butir-butir yang anda tahu atau patut tahu di atas borang cadangan ini dan jika tidak polisi yang dikeluarkan menurut cadangan ini boleh menjadi tidak sah.

Disebabkan oleh kenaikan caj hospital dan pembedahan, Skim ini diperkenalkan untuk mengurangkan beban kewangan pihak Majikan ke atas pekerja asing sekiranya pekerja asing tersebut dimasukkan ke hospital KKM disebabkan oleh kemalangan ataupun penyakit.

Maklumat Penting Mengenai Pembelian SKHPPA**Kepada Pemegang Polisi**

Bahagian ini mengandungi maklumat penting tentang Insurans anda. Anda dikehendaki membaca keseluruhan maklumat tersebut dengan teliti bagi memastikan anda betul-betul faham serta memenuhi kehendak anda. Anda dinasihatkan supaya membaca senarai semak di bawah yang menerangkan ciri-ciri penting SKHPPA sebelum anda membuat keputusan untuk membeli polisi tersebut. Sekiranya anda mempunyai sebarang kemusykilan, anda adalah dipohon untuk mendapatkan penjelasan lanjut daripada perantara insurans anda atau pejabat (nama syarikat insurans) yang berhampiran.

1. Manfaat yang dibayar di bawah polisi adalah dinyatakan di bawah "Jenis Manfaat/Perlindungan".
2. Polisi ini berasaskan plan pembaharuan tahunan, dimana premium dan manfaat adalah tertakluk kepada semakan dari semasa ke semasa. Apa-apa perubahan ke atas manfaat dan premium hanya boleh dibuat oleh (nama syarikat insurans) ke atas ulang tahun polisi bersama notis bertulis 30 hari berdasarkan kepada portfolio pengalaman tuntutan yang wujud.
3. Perlindungan inisurans tersebut akan terhenti apabila pekerja asing anda meninggalkan Malaysia dan akan bersambung kembali apabila pekerja asing tersebut kembali semula ke Malaysia.

TEMPOH PERLINDUNGAN DAN PEMBAHARUAN

Polisi ini hendaklah berkuatkuasa mengikut tarikh yang dinyatakan dalam Jadual. Ulang tahun polisi adalah satu (1) tahun selepas tarikh kuatkuasa dan setiap tahun berikutnya. Pada setiap ulang tahun, Polisi ini boleh dibaharui pada kadar premium yang berkuatkuasa pada masa itu seperti yang dimaklumkan oleh syarikat.

Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan Syarikat. Bagi polisi-polisi yang tidak dibaharui, atau yang pembaharuannya ditangguh, pihak Syarikat akan memaklumkan Pemegang Polisi/ Orang Yang Diinsuranskan akan keputusannya untuk menolak atau menangguh pembaharuan, bersama dengan sebab-sebab jika berkenaan, sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari sebelum tarikh ulang tahun polisi.

DEFINISI

PENYAKIT SEDIA ADA hendaklah terhad kepada hilang upaya yang wujud sebelum tarikh kuat kuasa perlindungan dan untuk mana Orang Yang Diinsuranskan patut mengetahui sewajarnya. Orang Yang Diinsuranskan dianggap mengetahui sewajarnya keadaan sedia ada itu apabila:-

1. Orang Yang Diinsuranskan telah menerima atau sedang menerima rawatan;
2. nasihat, diagnosis, jagaan atau rawatan perubatan telah disyorkan;
3. simptom yang jelas dan tepat dapat atau telah dilihat dengan nyata; atau
4. kewujudannya dapat diperhatikan dengan jelas kepada orang yang mengalami keadaan itu.

PENYAKIT TERTENTU hendaklah bermaksud hilang upaya berikut dan komplikasi yang berkaitan dengannya, yang wujud dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama Insurans bagi Orang Yang Diinsuranskan:

- a) Penyakit Kardiovaskular
- b) Semua kanser

PROSEDUR PERMOHONAN

- Borang cadangan SKHPPA boleh didapati di mana-mana cawangan (nama syarikat insurans) yang berhampiran.
- Majikan perlu melengkapkan borang cadangan tersebut dan borang yang telah lengkap diisi serta premium tersebut perlu dihantar ke mana-mana (nama syarikat insurans) yang berhampiran.
- Perlindungan adalah berkuatkuasa selepas penerimaan pembayaran premium.
- Polisi akan dihantar kepada Majikan dalam masa dua puluh satu (21) hari bekerja.
- Sekiranya Majikan tidak menerima polisi dalam tempoh yang dinyatakan, Majikan dikehendaki menghubungi mana-mana cawangan (nama syarikat insurans) yang berhampiran.

JENIS MANFAAT/PERLINDUNGAN

JADUAL MANFAAT (MANA-MANA SATU HILANG UPAYA)

PERKARA	MANFAAT	JUMLAH (RM)
1 (a) 1 (b) 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.	Bilik Hospital & Makan Harian (Maksimum sehingga 30 hari) Unit Rawatan Rapi (Maksimum sehingga 15 hari) Bekalan dan Khidmat Hospital Bilik Bedah Bayaran Pembedahan (Tidak merangkumi transplant organ) Bayaran Pakar Bius Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (Maksimum sehingga 30 hari) Lawatan Rundingan Pakar Dalam Hospital (Maksimum sehingga 30 hari) Bayaran Ambulans/Bayaran Laporan Perubatan	Bayaran yang dikenakan – mengikut bayaran yang selaras dengan Bilik & Makan Kelas Ketiga (ke-3) sehingga maksimum RM60 sehari di Hospital Kerajaan Malaysia Bukan Korporat mengikut Akta Fi 1951, Perintah Fi (Perubatan) 1982
Had Tahunan Keseluruhan Maksimum (Perkara 1-8) Bagi Setiap Orang Yang Diinsuranskan		RM10,000.00
PREMIUM TAHUNAN : RM120.00 Bagi Setiap Orang Yang Diinsuranskan		

NOTA PENTING :

Semua manfaat berbayar bagi apa-apa bilangan hilang upaya dalam mana-mana satu tempoh Insurans adalah tertakluk kepada Had Tahunan Keseluruhan sebanyak RM10,000.00 setiap Orang Yang Diinsuranskan.

“Sekiranya terdapat kekeliruan, keaburan dan konflik dalam pentafsiran mana-mana terma atau syarat kontrak ini, versi Bahasa Inggeris adalah terpakai dan mengatasi versi Bahasa Malaysia.”

PENGECUALIAN

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

berikut:

1. Penyakit sedia ada. Walaubagaimanapun, pengecualian tersebut adalah digugurkan sekiranya Orang Yang Diinsuranskan telah lulus pemeriksaan perubatan serta disahkan oleh Fomema Sdn. Bhd. (FOMEMA) dalam masa 30 hari ketibaan ke Malaysia.
2. Penyakit tertentu yang berlaku dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama bagi perlindungan berterusan.
3. Pembedahan plastik/kosmetik, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasan atau pembedahan (Keratotomi Radial) dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik seperti anggota tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.
4. Penyakit pergigian termasuk rawatan pergigian atau pembedahan oral kecuali apabila diperlukan kerana Kecederaan Akibat Kemalangan pada gigi asli yang sihat yang berlaku sepenuhnya dalam Tempoh Insurans.
5. Penjagaan peribadi, rehat pulih atau jagaan kebersihan, dadah yang tidak dibenarkan, intoksikasi, pensterilan, penyakit venerial dan sekuelanya, AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit) atau ARC (Kompleks Berkaitan AIDS) dan penyakit berkaitan HIV (Sindrom Kurang Daya Tahan Manusia), dan apa-apa penyakit berjangkit yang memerlukan kuarantin oleh undang-undang.
6. Apa-apa rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.
7. Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, menggugurkan kandungan dan jagaan serta pembedahan pranatal atau postnatum, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketidaksuburan, disfungsi erektil dan ujian atau rawatan berkaitan impotensi atau pensterilan.
8. Penghospitalan terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis pemeriksaan sinar-X, pemeriksaan fizikal atau perubatan am, tidak berkaitan dengan rawatan atau diagnosis Hilang Upaya yang dilindungi yang tidak Perlu Dari Segi Perubatan dan apa-apa rawatan pencegahan, ubat atau pemeriksaan pencegahan yang dijalankan oleh Pakar Perubatan, dan rawatan khusus untuk mengurangkan atau menaikkan berat badan.
9. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siuman atau tidak siuman.
10. Perang atau apa-apa tindakan perang, diisytiharkan atau tidak diisytiharkan, aktiviti jenayah atau pegganas, bergiat cergas dalam mana-mana angkatan bersenjata, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan dan kekecohan awam atau penderhakaan tentera.
11. Radiasi pengionan atau pencemaran melalui radioaktiviti daripada mana-mana bahan api nuklear atau sisa nuklear daripada proses pembelahan nuklear atau daripada apa-apa bahan senjata nuklear.
12. Belanja yang ditanggung untuk menderma mana-mana organ tubuh oleh Orang Yang Diinsuranskan dan kos pemerolehan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma ketika transplant organ dan komplikasinya.
13. Penyiasatan dan rawatan gangguan tidur dan dengkur, terapi penggantian hormon dan terapi pilihan seperti rawatan, khidmat atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada khidmat kiropraktik, akupunktur, akutekanan, refleksologi, pengikatan tulang, rawatan pakar herba,urut atau terapi aroma atau rawatan pilihan yang lain.
14. Jagaan atau rawatan yang pembayarannya tidak dikehendaki atau setakat yang ia dibayar oleh mana-mana insurans lain atau tanggung rugi yang melindungi Orang Yang Diinsuranskan dan Hilang Upaya yang timbul daripada tugas dalam pekerjaan atau kerjaya yang dilindungi di bawah

Kontrak Insurans Pampasan Pekerja.

15. Gangguan psikotik, mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).
16. Kos/belanja bagi khidmat yang bersifat bukan perubatan, seperti televisyen, telefon, khidmat telex, radio atau kemudahan yang serupa, kit/pek kemasukan dan barang bukan perubatan lain yang tidak layak.
17. Sakit atau Kecederaan yang timbul daripada apa-apa jenis perlumbaan (kecuali perlumbaan jalan kaki), sukan berbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjun udara, luncur air, aktiviti dalam air yang memerlukan alat pernafasan, sukan musim sejuk, sukan profesional dan aktiviti yang tidak dibenarkan.
18. Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.
19. Belanja yang ditanggung untuk menukar jantina.

PERTANYAAN LAZIM:

Q1 APAKAH PERLINDUNGAN YANG DIBERIKAN DI BAWAH SKHPPA?

A Ia memberi perlindungan kepada caj kemasukan dan pembedahan pekerja asing sekiranya mereka dimasukkan ke Hospital Kerajaan Malaysia Bukan Korporat disebabkan oleh kemalangan atau penyakit,

Q2 ADAKAH SKHPPA ADALAH SKIM YANG WAJIB?

A Ya.

Q3 PARA PEKERJA ASING SAYA TELAH PUN DIINSURANSKAN DI BAWAH SKIM PAMPASAN PEKERJA ASING (FWHS), ADAKAH MEREKA JUGA PERLU DIINSURANSKAN DI BAWAH SKHPPA?

A Ya. SKHPPA dan FWHS adalah dua skim yang berbeza dan kedua-duanya adalah wajib.

Q4 BOLEHKAH PREMIUM TERSEBUT DITOLAK DARIPADA GAJI PEKERJA ASING TERSEBUT?

A Boleh. Majikan boleh mendahulukan pembayaran premium pekerja asing dan kemudian ditolak daripada gaji pekerja asing tersebut.

Q5 BERAPA JUMLAH PREMIUM DAN BILAKAH PERLINDUNGAN BERMULA?

A Premium tahunan adalah sebanyak RM120 bagi setiap orang pekerja asing setiap tahun dan perlindungan akan bermula setelah pendaftaran dibuat beserta pembayaran premium.

Q6 ADAKAH PEKERJA ASING PERLU MENJALANI PEMERIKSAAN KESIHATAN?

A Tidak semestinya dengan syarat pekerja asing tersebut bekerja di Malaysia secara sah dan telah lulus pemeriksaan perubatan serta disahkan oleh Fomema Sdn. Bhd. (FOMEMA) dalam masa 30 hari ketibaan ke Malaysia.

Q7 ADAKAH TERDAPAT SEBARANG HAD BAGI KEMASUKAN HOSPITAL?

A Ya, kemasukan hanyalah di Hospital Kerajaan Malaysia Bukan Korporat sahaja.

Catatan: Brosur ini hanya penerangan ringkas sebagai gambaran kasar kepada produk di atas dan bukan perincian kontrak tersebut. Pemegang polisi dinasihatkan untuk merujuk kepada dokumen polisi berhubung terma dan syarat yang lebih terperinci termasuk yang dinyatakan di dalam brosur ini.

SKHPPA – BROCHURE

SKIM KEMASUKAN HOSPITAL & PEMBEDAHAN PEKERJA ASING (SKHPPA) FOREIGN WORKER HOSPITALIZATION AND SURGICAL INSURANCE SCHEME (SKHPPA)

Statement Pursuant to Section 149(4) of the Insurance Act, 1996. You are to disclose in the proposal form, fully and faithfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the Policy issued may be void.

In view of increasing Hospital and Surgical charges, this Scheme is specially designed to reduce the financial burden of the Employers of foreign workers in the event of hospital admission of their foreign workers due to accident or illness.

Some Important Information On The Purchase of SKHPPA

To Prospective PolicyHolder

This page contains important information about your Insurance. You should read all the information carefully to make sure that you fully understand it and that it meets your needs. You are advised to read through the checklist below which explains the essential features of the SKHPPA so that you are able to make an informed decision before purchasing the policy. If you have any inquiries, please seek clarification from your insurance intermediary or an (insurer) office nearest to you.

1. The benefits payable under the policy are highlighted in the "Description of Benefits/Coverage."
2. This is a yearly renewable plan, whereby the premiums and benefits are subject to review from time to time. Any changes to benefits and premium can only be imposed by (insurer) on policy anniversary with 30 days written notice based on the emerging claims experience of the portfolio.
3. Cover ceases from the time your foreign worker leaves Malaysia and resumes upon his/her return to Malaysia.

PERIOD OF COVER AND RENEWAL

The Policy shall become effective as of the date stated in the Schedule. The Policy Anniversary shall be one (1) year after the effective date and annually thereafter. On each such anniversary, the Policy is renewable at the premium rates in effect at that time as notified by the Company.

The Policy is renewable at the option of the Company. In relation to policies which will not be renewed, or for which the renewal is to be deferred, the Company shall notify the Policy Holder / Insured Person of its decision to decline or defer renewal, together with reasons where appropriate, at least thirty (30) days before the policy anniversary date.

DEFINITIONS

PRE-EXISTING ILLNESS shall be limited to disabilities which existed before the effective date of cover and for which the Insured Person should have reasonably been aware of. An Insured Person may be considered to have reasonable knowledge of a pre-existing condition where the condition is one for which:-

- a) the Insured Person had received or is receiving treatment;
- b) medical advice, diagnosis, care or treatment has been recommended;
- c) clear and distinct symptoms are or were evident; or
- d) its existence would have been apparent to a reasonable person in the circumstances.

SPECIFIED ILLNESSES shall mean the following disabilities and its related complications, occurring within the first one hundred and twenty (120) days of Insurance of the Insured Person:

- a) Cardiovascular disease

- b) All cancers

APPLICATION PROCEDURES

- The SKHPPA proposal forms are available at any of (insurer) branch office.
- The Employer must complete the proposal form and submit the completed proposal form together with premium to any (insurer) office.
- Coverage is effective upon receipt of payment of premium.
- The Policy will be sent to the employer within 21 working days.
- If the policy has not been received within the stipulated period, kindly contact the (insurer) branch office.

DESCRIPTION OF BENEFITS/COVERAGE

SCHEDULE OF BENEFIT (ANY ONE DISABILITY)

ITEM	BENEFITS	AMOUNT (RM)
1 (a)	Daily Hospital & Room Board (Maximum up to 30 days)	As charged in accordance to charges consistent with Third (3rd) Class Room and Board to a maximum of RM60.00 per day in a Non-Corporatised Malaysian Government Hospital in conformance to the charges specified under Fees Act 1951, Fees (Medical) Order 1982.
1 (b)	Intensive Care Unit (ICU) (Maximum up to 15 days)	
2	Hospital Supplies and Services	
3	Operating Theatre	
4	Surgical Fees (Exclude Organ Transplantation)	
5	Anesthetist Fees	
6	In-Hospital Physician Visits (Maximum up to 30 days)	
7	In-Hospital Specialist Consultation Visits (Maximum up to 30 days)	
8	Ambulance Fees/Medical Report Fees	
Maximum Overall Annual Limit (Item 1 to 8)		RM10,000.00
ANNUAL PREMIUM : RM120.00 per worker		

IMPORTANT NOTE: All benefits payable for any number of disabilities in any one given Period of Insurance is subject to the Overall Annual Limit of RM10,000.00 per Insured Worker.

"In the event of any discrepancy, ambiguity and conflict in interpreting any term or condition of the contract, the English version shall prevail and supercede the Bahasa Melayu version"

EXCLUSIONS

This Scheme does not cover any hospitalization, surgery or charges caused directly or indirectly, wholly or partly, by any one (1) of the following occurrences:

1. Pre-existing illness. However, this exclusion is waived in the event the Insured Person passes the medical examination as confirmed by Fomema Sdn. Bhd. (FOMEMA) within 30 days from the Insured Person's arrival to Malaysia.
2. Specified Illnesses occurring during the first one hundred and twenty (120) days of continuous cover.
3. Plastic/Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness (Radial Keratotomy) and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof.
4. 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.
5. Private nursing, rest cures or sanatoria care, illegal drugs, intoxication, sterilization, venereal disease and its sequelae, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or ARC(AIDS Related Complex)

and HIV related diseases, and any communicable diseases requiring quarantine by law.

6. Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions.
7. Pregnancy, child birth (including surgical delivery), miscarriage, abortion and prenatal or postnatal care and surgical, mechanical or chemical contraceptive methods of birth control or treatment pertaining to infertility. Erectile dysfunction and tests or treatment related to impotence or sterilization.
8. Hospitalization primarily for investigatory purposes, diagnosis, X-ray examination, general physical or medical examinations, not incidental to treatment or diagnosis of a covered Disability or any treatment which is not Medically Necessary and any preventive treatments, preventive medicines or examinations carried out by a Physician, and treatments specifically for weight reduction or gain.
9. Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while sane or insane.
10. War or any act of war, declared or undeclared, criminal or terrorist activities, active duty in any armed forces, direct participation in strikes, riots and civil commotion or insurrection.
11. Ionizing radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any nuclear weapons material.
12. 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.
13. Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical service or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bone setting, herbalist treatment, massage or aroma therapy or other alternative treatment.
14. Care or treatment for which payment is not required or to the extent which is payable by any other insurance or indemnity covering the Insured and Disabilities arising out of duties of employment or profession that is covered under a Workman's Compensation Insurance Contract.
15. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
16. 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.
17. Sickness or Injury arising from racing of any kind (except foot racing), hazardous sports such as but not limited to skydiving, water skiing, underwater activities requiring breathing apparatus, winter sports, professional sports and illegal activities.
18. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.
19. Expenses incurred for sex changes.

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS

Q1 WHAT DOES THE SKHPPA COVER?

A It covers hospitalization & surgical charges incurred by the foreign worker in the event of hospital admission to a Non-Corporatised Malaysian Government Hospital due to an Accident or Illness.

Q2 IS THE SKHPPA A COMPULSORY SCHEME?

A Yes.

Q3 MY FOREIGN WORKERS ARE INSURED UNDER THE FOREIGN WORKERS COMPENSATION SCHEME (FWCS), DO THEY NEED TO BE INSURED UNDER SKHPPA?

A Yes. The SKHPPA and the FWCS are two different schemes and both are compulsory.

Q4 CAN THE PREMIUM BE DEDUCTED FROM THE FOREIGN WORKERS SALARY?

A Yes, the employer can advance the payment for the required premium and then subsequently deduct the same from the foreign worker's salary.

Q5 HOW MUCH IS THE PREMIUM AND WHEN WILL COVERAGE TAKE EFFECT?

A The annual premium is RM120.00 per worker per annum and coverage will take effect upon registration with premium duly paid.

Q6 IS MEDICAL CHECK-UP REQUIRED?

A Not necessary as long as the foreign workers are legally working in Malaysia and have passed the medical examination administered by Fomema Sdn. Bhd. (FOMEMA).

Q7 ANY RESTRICTION TO HOSPITAL ADMISSION?

A Yes, admission to Non-Corporatised Malaysian Government Hospital only.

Note: The brochure provides a summary of the main features of the above product for illustration purposes and does not constitute a contract of insurance. Policy owners are advised to refer to the policy document for full details of the product terms and conditions, including those outlined in this brochure.