



MUTUAL MEDICARE

Caring for You Always / 时刻关怀您
Sentiasa Prihatin Terhadap Anda



PUBLIC MUTUAL
WHOLLY-OWNED SUBSIDIARY OF PUBLIC BANK



Mutual MediCare... ... Caring for You Always

Mutual MediCare is the product of choice for all our valued Unitholders by providing peace of mind against financial surprises due to unforeseen illness, disease or injury.



- **CONVENIENT HOSPITAL ADMISSION AND DISCHARGE**

LONPAC INSURANCE BHD's medical card will be issued to you. Just present the card at any of our participating hospitals to initiate admission. The card provides hassle free admission and discharge for a covered condition. You are only required to settle the non-payable charges, if any, upon discharge.

- **FULL REIMBURSEMENT FOR COVERED MEDICAL EXPENSES**

You will be indemnified for all covered medical expenses incurred from a covered condition up to the Overall Annual Limit and/or Lifetime Limit.

- **CONDITIONAL RENEWABLE AT THE OPTION OF THE INSURED**

This Policy provides insurance cover on a yearly basis. The Policy can be renewed each year at the option of the Insured until he/she reaches the age of 70 years (next birthday) or until the exhaustion of the Lifetime Limit whichever is earlier subject to insurability of the occupational class of the Insured Person.

- **NO REQUIREMENT OF RE-DECLARATION OF HEALTH STATUS AT RENEWAL**

You are not subject to re-declaration of your health condition upon each policy renewal, unless you wish to renew your policy under a higher plan.

- **CHOICE OF PLAN**

Mutual MediCare offers you a choice of three attractive plans designed to suit your budget and healthcare needs.

- **SCOPE OF COVER**

The benefits provided in this Policy are applicable worldwide for twenty-four (24) hours a day.

- **TAX RELIEF**

The annual premium paid under this Policy will entitle you with additional income tax relief up to RM3,000.

- **NO DISCRIMINATORY PREMIUM RATES ON GENDER**

Premiums are age banded.

- **FAMILY DISCOUNT**

A family discount of 10% on the total annual premium payable shall be allowed to a family with three (3) or more members insured under a single policy during its inception or renewal.

- **WIDE RANGE OF BENEFITS**

This policy provides you with a wide range of benefits such as Home Nursing, Outpatient Physiotherapy Treatment, Organ Transplant, Annual Outpatient Kidney Dialysis and Cancer Treatment and Transport Allowance for Admission to a Malaysian Government Hospital.

Note:
Subject to terms and
conditions of the Policy
Information Statement.

Benefit Type	Choice of Plan (RM)		
	Platinum	Gold	Silver
In-Patient			
• Hospital Room & Board (per day, up to 150 days)	350	250	150
• Intensive Care Unit (per day, up to 75 days)			
• Hospital Supplies & Services			
• Surgical Fees			
• Anaesthetist's Fee			
• Operating Theatre			
• In-Hospital Physician's Visit (1 visit per day for non-surgical confinement, up to 150 days)			
• Insured Child's Daily Guardian Benefit (per day, up to 30 days - for insured child below 15 years old)	150	110	60
• Cash Allowance at Malaysian Government Hospital (per day, up to 150 days)	100	70	50
• Goods and Services Tax (GST)(where applicable)	On all eligible paid expenses		
• Organ Transplant (liver, heart, lung, kidney or bone marrow) - payment is limited to once per lifetime	As Charged subject to 50% of the respective Overall Annual Limit		
Out-Patient			
• Pre-Hospital Specialist's Consultation (within 60 days preceding hospital confinement)			
• Pre-Hospital Diagnostic Tests (within 60 days preceding hospital confinement)			
• Post-Hospitalisation Treatment (within 60 days from discharge)			
• Outpatient Physiotherapy Treatment (within 90 days from discharge)			
• Daycare Surgery (inclusive of all incidental services & supplies)			
• Home Nursing Care (per day, up to 60 days from discharge)	150	125	75
• Annual Outpatient Kidney Dialysis Treatment	36,000	24,000	16,000
• Annual Outpatient Cancer Treatment	36,000	24,000	16,000
Emergency Services & Treatment			
• Emergency Accidental Outpatient Treatment (within 24 hours from Accident, up to 31 days follow-up treatment)			
• Emergency Accidental Outpatient Dental Treatment (within 24 hours from Accident, up to 31 days follow-up treatment)			
• Ambulance Fees			
Others			
• Accidental Death Benefit	5,000	3,000	3,000
• Transport Allowance for Admission to Malaysian Government Hospital (per day, up to 45 days)	50	40	30
Limit Per Disability	62,500	40,000	25,000
Overall Annual Limit	125,000	80,000	50,000
Lifetime Limit	375,000	240,000	150,000

Annual Premium (RM)

Age Band (Age at next birthday)	Platinum	Gold	Silver
• 30 days – 17 years	629.00	561.00	482.00
• 18 – 25 years	703.00	627.00	539.00
• 26 – 30 years	740.00	661.00	568.00
• 31 – 35 years	851.00	760.00	575.00
• 36 – 40 years	962.00	859.00	708.00
• 41 – 45 years	1,110.00	991.00	851.00
• 46 – 50 years	1,332.00	1,189.00	1,022.00
• 51 – 55 years	1,628.00	1,453.00	1,249.00
• 56 – 60 years	2,220.00	1,982.00	1,703.00
• 61 – 65 years (renewal only)	2,959.00	2,642.00	2,270.00
• 66 – 70 years (renewal only)	4,439.00	3,963.00	3,405.00

Note:

- 1) Age eligibility for proposer and spouse is between 18 and 60 years with renewal up to age 70. Unmarried and/or unemployed dependant children who have attained the age of 30 days old but under 19 years of age, or up to the age of 23 years if still on full-time higher education in Malaysia are eligible.
- 2) Coverage is extended to the proposer's legal spouse and/or child(ren). Plan chosen for spouse and/or child(ren) can either be similar, lower but not superior than the proposer's plan. However, there shall be no differentiation of plans between the children.
- 3) A family discount of 10% on the total annual premium payable shall be allowed to a family with three (3) or more members insured under a single policy during its inception or renewal. Family members shall mean the proposer, one (1) legal spouse and/or child(ren).
- 4) The proposer (including the proposer's legal spouse and child(ren)) is only entitled to receive one (1) cover each under the Mutual MediCare policy at any one time.
- 5) The annual premium payable is based on age at next birthday. The annual premium published in the brochure is for a standard life only. Premiums are not guaranteed and may be subject to change. Lonpac Insurance Bhd reserves the right to revise the premium rate applicable specifically to each Insured Person at the time of renewal based on the emerging claims experience of the portfolio. Any change to the premium will be effective at renewal and a 30-days prior written notice will be sent to the policyholder before the change.
- 6) This product is only applicable to persons engaged in Class 1, 2 and 3 occupations. The occupational classification is as defined below:-

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

Class 2 : Persons engaged in the work of a supervisory nature but not involved in manual labour.

Class 3 : Persons engaged either occasionally or generally in manual work which involves the use of tools or machinery.

Note:

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

- **Hospital Room & Board**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for Medically Necessary daily room accommodation and meals during confinement as an in-patient.

- **Intensive Care Unit**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for Medically Necessary daily room and board as an in-patient in the Intensive Care Unit of the Hospital.

- **Hospital Supplies & Services**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for Medically Necessary general nursing, prescribed and consumed drugs and medicines, dressings, splints, plaster casts, X-ray, laboratory examinations, electrocardiograms, physiotherapy, basal metabolism tests, intravenous injections and solutions, administration of blood and blood plasma but excluding the cost of blood and plasma during confinement as an in-patient.

- **Surgical Fees**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for Medically Necessary surgery performed and normal operative care up to 60 days before and after the operation.

- **Anaesthetist's Fee**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred by the Anaesthetist for the Medically Necessary administration of anaesthesia.

- **Operating Theatre**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for the Medically Necessary usage of an operating theatre incidental to the surgical procedure.

- **In-Hospital Physician's Visit**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred by the Physician for Medically Necessary visiting an in-paying patient while confined for a non-surgical disability subject to a maximum of 1 visit per day.

- **Insured Child's Daily Guardian Benefit**

Reimburses (up to stipulated limits set forth in the Schedule of Benefits) the expenses for meals and lodging incurred to accompany an insured Child (aged below 15 years) in the hospital.

- **Cash Allowance at Malaysian Government Hospital**

Pays a daily allowance for each full day of hospital confinement at a Malaysian Government Hospital, provided that the Insured Person is confined to a Room and Board rate that does not exceed the amount shown in the Schedule of Benefits.

- **Goods And Services Tax (GST)(where applicable)**

Reimbursement of Goods and Services Tax levied on all eligible paid expenses.

- **Organ Transplant**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for Medically Necessary transplantation surgery for the Insured Person being the recipient of the transplant of a liver, heart, lung, kidney or bone marrow. Payment is limited to once per lifetime.

- **Pre-Hospital Specialist's Consultation**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred by the Specialist for the first time consultation, provided that such consultation is Medically Necessary and has been recommended by a general practitioner in writing within 60 days preceding hospital confinement. Payment will not be made for clinical treatment (including medications and subsequent consultations after the illness is diagnosed), or where the Insured Person does not result in hospital confinement for the treatment of the medical condition diagnosed.

- **Pre-Hospital Diagnostic Tests**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for Medically Necessary diagnostic tests, which are recommended by a qualified medical practitioner within 60 days preceding hospital confinement. No payment will be made if upon such diagnosis, the Insured Person does not result in hospital confinement for the treatment of the medical condition diagnosed.

- **Post-Hospitalisation Treatment**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for Medically Necessary treatment by the same Physician within 60 days following discharge from hospital for a non-surgical confinement.

- **Outpatient Physiotherapy Treatment**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for Medically Necessary outpatient physiotherapy treatment, which is recommended in writing by the attending Physician within 90 days after discharge from hospital.

- **Daycare Surgery**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for Medically Necessary professional fees, including all incidental costs, services and supplies for a daycare surgery procedure performed as an outpatient without hospitalisation, inclusive of pre-daycare visits and post-daycare visits relating to the daycare surgery performed in the hospital.

- **Home Nursing Care**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for Medically Necessary services of a licensed and qualified nurse in the Insured Person's home for the continued treatment of the specific medical condition for which he/she was hospitalised. Such services must be recommended by the attending Physician.

- **Annual Outpatient Kidney Dialysis Treatment**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for Medically Necessary treatment of kidney dialysis at a legally registered centre due to end-stage renal failure following discharge from hospital.

- **Annual Outpatient Cancer Treatment**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for Medically Necessary treatment of cancer performed at the outpatient department of a hospital or a registered cancer treatment centre following discharge from hospital.

- **Emergency Accidental Outpatient Treatment**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for Medically Necessary services and medical supplies provided by the hospital or clinic for emergency treatment of bodily injury as a result of a covered Accident and received as an outpatient within 24 hours of the Accident. Follow-up treatment is up to 31 days of the Accident administered by the same Physician.

- **Emergency Accidental Outpatient Dental Treatment**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for Medically Necessary treatment of accidental injuries to sound natural teeth within 24 hours of the Accident. Follow-up treatment is up to 31 days of the Accident administered by the same Dentist.

- **Ambulance Fees**

Reimbursement of the Reasonable and Customary Charges incurred for Medically Necessary domestic ambulance services (inclusive of attendant) for transporting the Insured Person to and from hospital. Payment will not be made if the Insured Person is not hospitalised.

- **Accidental Death Benefit**

A lump sum amount is payable to the Insured or legal representative of the Insured for the Insured Person's death resulting from a covered Accident.

- **Transport Allowance for Admission to Malaysian Government Hospital**

Pays a daily transport allowance to the Insured Person during the hospital confinement for a covered Disability at a Malaysian Government Hospital for family members, relatives and friends visiting the Insured Person.

- **Limit Per Disability**

The maximum reimbursement for benefits payable in respect of expenses incurred for treatment provided to the Insured Person for one or more injuries / sicknesses / diseases / illnesses arising from the same cause during the Period of Insurance.

- **Overall Annual Limit**

The maximum annual reimbursement for benefits payable in respect of expenses incurred for treatment provided to the Insured Person during the Period of Insurance.

- **Lifetime Limit**

The maximum lifetime reimbursement for benefits payable in respect of expenses incurred for treatment provided to the Insured Person.

Note:
For a detailed description
of the covered benefits,
please refer to the Policy
Information Statement.

Pre-existing Illness

shall mean disabilities that the Insured Person has reasonable knowledge of. An Insured Person may be considered to have reasonable knowledge of a pre-existing condition where the condition is one for which:

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

Specified Illnesses

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

- a) Hypertension, diabetes mellitus and cardiovascular disease;
- b) All tumours, cancers, cysts, nodules, polyps, stones of the urinary system and biliary system;
- c) All ear, nose (including sinuses) and throat conditions;
- d) Hernias, haemorrhoids, fistulae, hydrocele, varicocele;
- e) Endometriosis including disease of the Reproduction system;
- f) Vertebro-spinal disorders (including disc) and knee conditions.

Waiting Period

shall mean the first thirty (30) days between the beginning of an Insured Person's disability and the commencement of this Policy date/reinstatement date and is applied only when the person is first covered. This shall not be applicable after the first year of cover. However, if there is a break in insurance, the Waiting Period will apply again.

Medically Necessary

shall mean a medical service which is:

- a) consistent with the diagnosis and customary medical treatment for a covered Disability, and
- b) in accordance with standards of good medical practice, consistent with current standards of professional medical care, and of proven medical benefits, and
- c) not for the convenience of the Insured or the Physician, and unable to be reasonably rendered out of hospital (if admitted as an inpatient), and
- d) not of an experimental, investigational or research nature, preventive or screening nature, and
- e) for which the charges are fair and reasonable and customary for the Disability.

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 individuals 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.

Upgraded Room and Board Co-payment

If the Insured Person is hospitalised at a published Room and Board rate which is higher than his/her eligible benefit, the Insured Person shall bear 20% of the other eligible benefits described in the Schedule of Benefits.

Residence Overseas

No benefit whatsoever shall be payable for any medical treatment received by the Insured Person outside Malaysia if the Insured Person resides or travels outside Malaysia for more than ninety (90) consecutive days.

Overseas Treatment

If the Insured Person seeks treatment overseas, benefits in respect of the treatment shall be covered subject to the exclusions, limitations and conditions specified in this Policy and all benefits will be payable based on the official exchange rate ruling on the last day of the Period of Confinement and shall exclude the cost of transport to the place of treatment provided:

- a) an Insured Person travelling abroad for a reason other than for medical treatment, needs to be confined to a Hospital outside Malaysia as a consequence of a Medical Emergency;
- b) an Insured Person upon recommendation of a Physician and has to be transferred to a Hospital outside Malaysia because the specialised nature of the treatment, aid, information or decision required can neither be rendered nor furnished nor taken in Malaysia.

Overseas Treatment of a disease, sickness or injury which is diagnosed in Malaysia and non-emergency or chronic conditions where treatment can reasonably be postponed until return to Malaysia are excluded.

Cooling-off Period

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

Period of Cover and Renewal

This Policy shall become effective as of the date stated in the Certificate of Insurance. The Policy Anniversary shall be one (1) 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 via a thirty (30) days prior written notice.

This Policy is renewable at the option of the Insured subject to the terms, conditions and termination at each of the anniversary of the Policy date.

The renewal premium payable is not guaranteed and the Company reserves the right to determine the premium applicable specifically to each Insured Person at the time of renewal.

During renewal, the terms and conditions of coverage shall not be amended, except where a particular Disability has reached the maximum limit per disability. In such situation, the Company reserves the right to specifically exclude such Disability from the Policy.

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

1. Pre-existing illness.
2. Specified illnesses occurring during the first one-hundred and twenty (120) days of continuous cover.
3. Any medical or physical conditions arising within the first thirty (30) days of the Insured Person's cover or date reinstatement whichever is latest except for accidental injuries.
4. Plastic/Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness (Radial Keratotomy or Lasik) and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof.
5. Dental conditions including dental treatment or oral surgery except as necessitated by Accidental Injuries to sound natural teeth occurring wholly during the Period of Insurance.
6. Private nursing, rest cures or sanatoria care, illegal drugs, intoxication, sterilisation, venereal disease and its sequelae, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or ARC (AIDS Related Complex) and HIV related diseases, and any communicable diseases required quarantine by law.
7. Any treatment or surgical operation for congenital abnormalities or deformities including hereditary conditions.
8. Pregnancy, child birth (including surgical delivery), miscarriage, abortion and prenatal or postnatal care and surgical, mechanical or chemical contraceptive methods or birth control or treatment pertaining to infertility. Erectile dysfunction and tests or treatment related to impotence or sterilisation.
9. Hospitalisation primarily for investigatory purposes, diagnosis, X-ray examination, general physical or medical examinations, not incidental to treatment or diagnosis of a covered Disability or any treatment which is not Medically Necessary and any preventive treatments, preventive medicines or examinations carried out by a Physician, and treatments specifically for weight reduction or gain.
10. Suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while sane or insane.
11. War or any act of war, declared or undeclared, criminal or terrorist activities, active duty in any armed forces, direct participation in strikes, riots and civil commotion or insurrection.
12. Ionising radiation or contamination by radioactivity from any nuclear fuel or nuclear waste from process of nuclear fission or from any nuclear weapons material.
13. 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.
14. Investigation and treatment of sleep and snoring disorders, hormone replacement therapy and alternative therapy such as treatment, medical service or supplies, including but not limited to chiropractic services, acupuncture, acupressure, reflexology, bonesetting, herbalist treatment, massage or aroma therapy or other alternative treatment.
15. 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.
16. Psychotic, mental or nervous disorders, (including any neuroses and their physiological or psychosomatic manifestations).
17. 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.
18. 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.
19. Private flying other than as a fare-paying passenger in any commercial scheduled airlines licensed to carry passengers over established routes.
20. Expenses incurred for sex changes.
21. Terrorism.

Note:
The above list of exclusions and limitations is not exhaustive. Please refer to the Policy Information Statement for the full list.

Q: Who is eligible to apply for Mutual MediCare?

A: Unitholder(s) of Public Mutual Berhad aged between 18 and 60 years, who are Malaysian Citizens or Permanent Residents of Malaysia, and permanently residing in Malaysia.

Q: Who is eligible for cover under Mutual MediCare?

A: Unitholder(s) of Public Mutual Berhad and his/her legal spouse aged between 18 and 60 years, renewable up to 70 years. Unmarried and unemployed child(ren) who have attained the age of 30 days old but under 19 years of age, or up to 23 years if they are still full time student(s) at a recognised educational institution in Malaysia. Dependant child(ren) shall mean biological, step or legally adopted child(ren). The legal spouse and/or child(ren) must also be Malaysian Citizens or Permanent Residents of Malaysia, and permanently residing in Malaysia.

Q: Can my child(ren) be covered under this Policy without the parent?

A: No, child(ren) between the ages of 30 days and 17 years must be enrolled together with at least one of their parents.

Q: How can I sign up for Mutual MediCare?

A: Signing up for Mutual MediCare is easy. Just complete the Proposal Form and submit it to Public Mutual Berhad together with the full premium.

Q: Do I need to take a physical examination in order to sign up for Mutual MediCare?

A: No, unless it is specifically requested by the Company for risk evaluation. Expenses incurred for such request shall be borne by the Proposer.

Q: When will the insurance cover commence?

A: The cover will commence either on the 15th day of the month or on the 1st day of the following month after your proposal has been approved and the full premium has been received.

Q: How do I pay the premium?

A: You may pay the premium either via your credit card or via cheque/postal order/money order. Just ensure that you have completed the section on Payment Authorisation in the Proposal Form to confirm your choice of payment. You will be billed only upon approval of your proposal.

Q: Will I be covered while overseas?

A: Yes, you are covered up to ninety (90) consecutive days from the day you leave Malaysia. The benefits payable will be subject to the Overseas Treatment Condition and Reasonable and Customary Charges.

Q: Do I need to submit a new Proposal Form for renewal?

A: No, unless you wish to renew your policy under a higher plan.

Q: Can I upgrade the benefits to a higher plan?

A: Yes, on policy anniversary or upon renewal. You will need to submit a new Proposal Form to us for re-evaluation of the risk before upgrading of benefits/plan can be granted to you.

Q: How do I make a reimbursement claim?

A: Just notify LONPAC INSURANCE BHD within thirty (30) days of any claim and submit the claim form, original itemised bills, receipts and other relevant documents.

Q: How can I cancel my Policy?

A: You may cancel your policy at any time by giving a written notice to us. Upon cancellation, you are entitled to a certain amount of refund of the premium for the unexpired term from the date of cancellation provided that you have not made a claim on the Policy.

Q: I am pregnant. Can I sign up for Mutual MediCare?

A: No, you will not be covered under Mutual MediCare during the pregnancy period.

Q: Who do I call for more information about Mutual MediCare?

A: You may contact your Unit Trust Consultant, Public Mutual Berhad (Insurance Section) or call Lonpac Insurance's Helpline at 03-22628787.

Q: Who is LONPAC INSURANCE BHD?

A: Lonpac Insurance Bhd is licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia to transact all classes of general Insurance business. Lonpac is a wholly-owned subsidiary of LPI Capital Bhd.

If an Insured Person switches policy from one insurer to another or from one type of health plan to another, the Waiting Period, Specified Illnesses and Pre-existing Illness may start afresh. Any deteriorating health status may also result in the imposition of less favourable terms or non-acceptance of the proposal.

Note:

This brochure is not a contract of insurance. The complete coverage, terms and conditions applicable are set out in the Policy Information Statement.



Mutual MediCare...

... Sentiasa Prihatin Terhadap Anda

Mutual MediCare merupakan produk terpilih yang dicipta khas untuk Pemegang Unit kami yang mampu memberikan ketenangan fikiran dengan mengatasi kerumitan dari segi kewangan yang mungkin wujud berikutan penyakit yang dialami, wabak atau kecederaan yang tidak diduga.



- **MASUK DAN KELUAR HOSPITAL DENGAN LEBIH MUDAH**

Kad Insurans Kesihatan LONPAC INSURANCE BHD akan diberi kepada anda. Hanya bawa dan tunjuk kad tersebut di mana-mana hospital panel kami untuk mendaftar masuk. Kad ini dapat membantu anda masuk dan keluar hospital untuk keadaan yang dilindungi oleh insurans dengan mudah. Anda hanya perlu bayar untuk mana-mana kos yang tidak boleh dibayar oleh insurans, jika ada, ketika keluar hospital.

- **PEMBAYARAN BALIK PENUH UNTUK BELANJA PERUBATAN YANG DILINDUNGI**

Anda akan diberi jaminan ganti rugi untuk semua belanja perubatan yang dilindungi yang ditanggung untuk keadaan yang dilindungi sehingga Had Tahunan Keseluruhan dan/atau Had Seumur Hidup.

- **BOLEH BAHARU BERSYARAT MENGIKUT PILIHAN ORANG YANG DIINSURANSKAN**

Polisi ini menyediakan perlindungan insurans tahunan. Polisi boleh dibaharui pada setiap tahun mengikut pilihan Orang yang Diinsuranskan sehingga Orang yang Diinsuranskan mencecah umur 70 tahun (harijadi yang akan datang) atau sehingga Had Seumur Hidup habis yang mana terdahulu tertakluk kepada pengelasan pekerjaan Orang yang Diinsuranskan.

- **TIADA PERAKUAN SEMULA STATUS KESIHATAN SEMASA PEMBAHARUAN**

Anda tidak tertakluk kepada perakuan semula status kesihatan anda pada setiap pembaharuan polisi melainkan jika anda ingin perbaharui polisi dengan pelan yang lebih tinggi.

- **PILIHAN PELAN**

Mutual MediCare menawarkan tiga pilihan pelan yang menarik yang direka khas untuk menepati bajet dan keperluan penjagaan kesihatan anda.

- **SKOP PERLINDUNGAN**

Manfaat yang disediakan dalam polisi ini digunapakai dua puluh empat (24) jam di seluruh dunia.

- **PELEPASAN CUKAI**

Anda layak mendapat pelepasan cukai pendapatan sehingga RM3,000 untuk premium tahunan yang dibayar di bawah polisi ini.

- **TIADA DISKRIMINASI KADAR PREMIUM PADA JANTINA**

Premium ditetapkan mengikut peringkat umur.

- **DISKAUN UNTUK KELUARGA**

Diskaun untuk keluarga sebanyak 10% pada jumlah premium tahunan yang perlu dibayar akan diberikan sekiranya tiga (3) atau lebih ahli keluarga diinsuranskan di bawah satu polisi semasa bermulanya tarikh polisi atau pembaharuan polisi.

- **PELBAGAI MANFAAT DISEDIAKAN**

Polisi ini menyediakan pelbagai manfaat seperti Jagaan Jururawat di Rumah, Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar, Transplan Organ, Rawatan Dialisis Buah Pinggang dan Kanser Pesakit Luar Tahunan dan Elaun Pengangkutan untuk Kemasukan di Hospital Kerajaan Malaysia.

Nota:
Tertakluk kepada terma
dan syarat Penyata
Maklumat Polisi

Jenis Manfaat	Pilihan Pelan (RM)		
	Platinum	Gold	Silver
Pesakit Dalam			
• Bilik Hospital & Makan (setiap hari, sehingga 150 hari) • Unit Rawatan Rapi (setiap hari, sehingga 75 hari)	350	250	150
• Bekalan & Khidmat Hospital • Bayaran Pembedahan • Bayaran Pakar Bius • Bilik Bedah	Seperti yang diCaj tertakluk kepada Had bagi Setiap Hilang Upaya dan Had Tahunan Keseluruhan masing-masing		
• Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (1 lawatan setiap hari untuk kemasukan hospital bukan pembedahan, sehingga 150 hari) • Manfaat Penjaga Harian bagi Kanak-kanak yang Diinsuranskan (setiap hari, sehingga 30 hari – untuk anak yang diinsuranskan yang berumur bawah 15 tahun)	150	110	60
• Elaun Tunai di Hospital Kerajaan Malaysia (setiap hari, sehingga 150 hari)	100	70	50
• Cukai Barang dan Perkhidmatan (CBP) (di mana berkenaan)	Ke atas semua perbelanjaan yang layak dibayar		
• Transplan Organ (hati, jantung, paru-paru, buah pinggang atau sum-sum tulang) – bayaran terhad kepada sekali seumur hidup	Seperti yang diCaj tertakluk kepada 50% dari Had Tahunan Keseluruhan masing-masing		
Pesakit Luar			
• Rundungan Pakar Pra-Hospital (dalam tempoh 60 hari sebelum dimasukkan ke hospital) • Ujian Diagnostik Pra-Hospital (dalam tempoh 60 hari sebelum dimasukkan ke hospital) • Rawatan Selepas Penghospitalkan (dalam tempoh 60 hari dari tarikh keluar hospital) • Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar (dalam tempoh 90 hari dari tarikh keluar hospital) • Pembedahan Harian (termasuk semua khidmat & bekalan yang berkaitan)	Seperti yang diCaj tertakluk kepada Had bagi Setiap Hilang Upaya dan Had Tahunan Keseluruhan masing-masing		
• Khidmat Jagaan Jururawat di Rumah (setiap hari, sehingga 60 hari dari tarikh keluar hospital) • Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar Tahunan • Rawatan Kanser Pesakit Luar Tahunan	150	125	75
	36,000	24,000	16,000
	36,000	24,000	16,000
Khidmat & Rawatan Kecemasan			
• Rawatan Pesakit Luar bagi Kemalangan dan Kecemasan (dalam tempoh 24 jam dari masa Kemalangan, sehingga 31 hari untuk rawatan susulan) • Rawatan Pergigian Pesakit Luar bagi Kemalangan dan Kecemasan (dalam tempoh 24 jam dari masa Kemalangan, sehingga 31 hari untuk rawatan susulan) • Bayaran Ambulans	Seperti yang diCaj tertakluk kepada Had bagi Setiap Hilang Upaya dan Had Tahunan Keseluruhan masing-masing		
Lain-Lain			
• Manfaat Kematian akibat Kemalangan • Elaun Pengangkutan bagi Kemasukan ke Hospital Kerajaan Malaysia (setiap hari, sehingga 45 hari)	5,000	3,000	3,000
	50	40	30
Had Bagi Setiap Hilang Upaya	62,500	40,000	25,000
Had Tahunan Keseluruhan	125,000	80,000	50,000
Had Seumur Hidup	375,000	240,000	150,000

Premium Tahunan (RM)

Peringkat Umur (Umur pada harijadi yang akan datang)	Platinum	Gold	Silver
• 30 hari – 17 tahun	629.00	561.00	482.00
• 18 – 25 tahun	703.00	627.00	539.00
• 26 – 30 tahun	740.00	661.00	568.00
• 31 – 35 tahun	851.00	760.00	575.00
• 36 – 40 tahun	962.00	859.00	708.00
• 41 – 45 tahun	1,110.00	991.00	851.00
• 46 – 50 tahun	1,332.00	1,189.00	1,022.00
• 51 – 55 tahun	1,628.00	1,453.00	1,249.00
• 56 – 60 tahun	2,220.00	1,982.00	1,703.00
• 61 – 65 tahun (pembaharuan sahaja)	2,959.00	2,642.00	2,270.00
• 66 – 70 tahun (pembaharuan sahaja)	4,439.00	3,963.00	3,405.00

Nota:

- 1) Kelayakan umur untuk pencadang dan pasangan adalah antara 18 dan 60 tahun dengan pembaharuan sehingga umur 70 tahun. Anak tanggungan yang tidak berkahwin dan/atau tidak bekerja yang telah mencapai umur 30 hari tetapi berumur bawah 19 tahun, atau berumur sehingga 23 tahun sekiranya masih menuntut sebagai pelajar sepenuh masa di institusi pengajian tinggi di Malaysia juga layak.
- 2) Perlindungan juga diperluaskan kepada satu pasangan yang sah di sisi undang-undang dan/atau anak pencadang. Pelan yang dipilih untuk pasangan dan/atau anak mestilah sama ada serupa, lebih rendah tetapi tidak boleh lebih tinggi daripada pelan pencadang. Walau bagaimanapun, perbezaan pelan antara anak-anak tidak dibenarkan sama sekali.
- 3) Diskaun untuk keluarga sebanyak 10% pada jumlah premium tahunan yang perlu dibayar akan diberikan sekiranya tiga (3) atau lebih ahli keluarga diinsuranskan di bawah satu polisi semasa bermulanya tarikh polisi atau pembaharuan polisi.
- 4) Pencadang (termasuk pasangan yang sah di sisi undang-undang dan/atau anak pencadang) hanya layak mendapat satu (1) perlindungan setiap seorang di bawah polisi Mutual MediCare pada satu-satu masa.
- 5) Premium tahunan yang perlu dibayar adalah berdasarkan kepada umur pada harijadi yang akan datang. Premium tahunan yang dinyatakan di dalam risalah hanya untuk keadaan kesihatan standard sahaja. Premium tidak dijamin dan tertakluk kepada pindaan. Lonpac Insurance Bhd berhak menyemak semula kadar premium yang terpakai untuk setiap Orang yang Diinsuranskan pada masa pembaharuan berdasarkan pada rekod tuntutan portfolio. Apa-apa perubahan pada premium akan berkuatkuasa semasa pembaharuan dan notis bertulis 30 hari akan dihantar kepada pemegang polisi sebelum perubahan tersebut.
- 6) Produk ini digunapakai untuk individu yang terlibat dalam Kelas Pekerjaan 1, 2 dan 3 sahaja. Pengelasan pekerjaan adalah seperti yang ditakrifkan di bawah ini:-

Kelas 1 : Individu dalam bidang profesional, pentadbiran, pengurusan, perkeranian dan bukan buruh.

Kelas 2 : Individu dalam kerja-kerja penyeliaan tetapi tidak melibatkan kerja-kerja buruh.

Kelas 3 : Individu yang sekali-sekala atau terlibat sepenuhnya dalam kerja-kerja buruh yang melibatkan penggunaan alat-alat atau mesin.

Nota:

Anda perlu memilih pelan yang paling bersesuaian bagi memenuhi keperluan anda dan premium yang perlu dibayar adalah jumlah yang mampu anda tanggung.

• Bilik Hospital & Makan

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk bilik hospital dan makan harian semasa penginapan di hospital sebagai pesakit dalam.

• Unit Rawatan Rapi

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk bilik hospital dan makan harian sebagai pesakit dalam di Unit Rawatan Rapi Hospital.

• Bekalan & Khidmat Hospital

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk jagaan am, dadah dan ubat yang dipreskripsikan dan dimakan, pencucian dan pambalutan luka, anduh, acuan plaster, sinar-x, pemeriksaan makmal, elektrokardiogram, fisioterapi, ujian metabolisma basal, suntikan dan larutan intravena, pemberian darah dan plasma darah tetapi tidak termasuk kos darah dan plasma semasa penginapan di hospital sebagai pesakit dalam.

• Bayaran Pembedahan

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung untuk pembedahan yang dilakukan yang Perlu Dari Segi Perubatan dan jagaan berkaitan pembedahan lazim sehingga 60 hari sebelum dan selepas pembedahan.

• Bayaran Pakar Bius

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan oleh Pakar Bius untuk pemberian bahan bius yang Perlu Dari Segi Perubatan.

• Bilik Bedah

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk penggunaan bilik bedah yang berkaitan dengan prosedur pembedahan.

• Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital

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 1 lawatan sehari.

• Manfaat Penjaga Harian bagi Kanak-kanak yang Diinsuranskan

Pembayaran balik (hingga had yang ditetapkan dalam Jadual Manfaat) belanja untuk makan dan penginapan yang ditanggung semasa menjaga Kanak-kanak yang Diinsuranskan (berumur kurang lima belas (15) tahun) di hospital.

• Elaun Tunai semasa di Hospital Kerajaan Malaysia

Bayaran elaun harian bagi setiap hari penuh semasa dimasukkan ke Hospital Kerajaan Malaysia dengan syarat Orang yang Diinsuranskan dihadkan kepada kadar Bilik dan makan yang tidak melebihi jumlah yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

• Cukai Barang dan Perkhidmatan (CBP) (di mana berkenaan)

Bayaran Cukai Barang dan Perkhidmatan yang dikenakan ke atas semua perbelanjaan yang layak dibayar.

• Transplan Organ

Pembayaran balik Bayaran yang Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan dalam pembedahan transplan untuk Orang yang Diinsuranskan yang menjadi penerima transplan hati, jantung, paru-paru, buah pinggang atau sum-sum tulang. Bayaran manfaat ini terhad kepada sekali seumur hidup.

• Rundingan Pakar Pra-Hospital

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan oleh Pakar untuk rundingan kali pertama dengan syarat rundingan itu Perlu Dari Segi Perubatan dan telah disyorkan secara bertulis oleh pengamal perubatan am dalam tempoh 60 hari sebelum dimasukkan ke hospital. Bayaran tidak akan dibuat untuk rawatan klinikal (termasuk ubat dan rundingan berikutnya selepas penyakit didiagnosis), atau apabila Orang yang Diinsuranskan tidak dimasukkan ke hospital untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu.

• Ujian Diagnostik Pra-Hospital

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk ujian diagnostik, yang telah disyorkan oleh pengamal perubatan yang layak dalam tempoh 60 hari sebelum dimasukkan ke hospital. Bayaran tidak akan dibuat jika selepas didiagnosis, Orang yang Diinsuranskan tidak perlu dimasukkan ke hospital untuk rawatan bagi keadaan perubatan yang didiagnosis itu.

• Rawatan Selepas Penghospitalan

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk rawatan susulan oleh Pakar Perubatan yang sama yang merawat orang yang Diinsuranskan, dalam tempoh 60 hari dari tarikh keluar hospital untuk kemasukan hospital bukan pembedahan.

- **Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk rawatan fisioterapi pesakit luar, yang telah disyorkan secara bertulis oleh Pakar Perubatan yang merawat Orang yang Diinsuranskan, dalam tempoh 90 hari dari tarikh keluar hospital.

- **Pembedahan Harian**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk bayaran profesional, termasuk semua kos yang berkaitan, khidmat dan bekalan untuk prosedur pembedahan harian yang dilakukan sebagai pesakit luar tanpa kemasukan hospital, termasuk lawatan pra-pembedahan harian dan lawatan selepas pembedahan harian yang berkaitan dengan pembedahan harian yang dilakukan di hospital tersebut.

- **Khidmat Jagaan Jururawat di Rumah**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk khidmat jagaan jururawat berlesen dan bertauliah di rumah Orang yang Diinsuranskan bagi rawatan berterusan untuk keadaan perubatan khusus yang menyebabkan penghospitalan Orang yang Diinsuranskan. Khidmat tersebut perlu disyorkan oleh Pakar Perubatan yang merawat Orang yang Diinsuranskan.

- **Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar Tahunan**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk rawatan dialisis buah pinggang akibat kegagalan renal peringkat akhir yang dijalankan di pusat dialisis berdaftar sah di sisi undang-undang sebaik sahaja keluar dari hospital.

- **Rawatan Kanser Pesakit Luar Tahunan**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk rawatan kanser yang dijalankan di jabatan pesakit luar hospital atau pusat rawatan kanser berdaftar sebaik sahaja keluar dari hospital.

- **Rawatan Pesakit Luar bagi Kemalangan dan Kecemasan**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk khidmat dan bekalan perubatan yang disediakan oleh hospital atau klinik untuk rawatan kecemasan kecederaan anggota badan akibat Kemalangan yang dilindungi dan ianya diterima sebagai pesakit luar dalam tempoh 24 jam dari masa berlaku Kemalangan. Rawatan susulan ialah sehingga 31 hari dari masa berlaku Kemalangan yang diawasi oleh Pakar Perubatan yang sama.

- **Rawatan Pergigian Pesakit Luar bagi Kemalangan dan Kecemasan**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk rawatan kecederaan ke atas gigi asli sempurna akibat Kemalangan dalam tempoh 24 jam dari masa berlaku Kemalangan. Rawatan susulan ialah sehingga 31 hari dari masa berlaku Kemalangan yang diawasi oleh Doktor Gigi yang sama.

- **Bayaran Ambulans**

Pembayaran balik bagi Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan yang ditanggung dan yang Perlu Dari Segi Perubatan untuk khidmat ambulans tempatan (termasuk atendan) untuk membawa Orang yang Diinsuranskan ke dan dari hospital. Bayaran tidak akan dibuat jika Orang yang Diinsuranskan tidak dimasukkan ke hospital.

- **Manfaat Kematian akibat Kemalangan**

Jumlah sekaligus akan dibayar kepada Orang yang Diinsuranskan atau wakil sah di sisi undang-undang Orang yang Diinsuranskan di atas kematian Orang yang Diinsuranskan akibat Kemalangan yang dilindungi.

- **Elaun Pengangkutan bagi Kemasukan ke Hospital Kerajaan Malaysia**

Bayar elaun pengangkutan harian kepada Orang yang Diinsuranskan untuk ahli keluarga, saudara-mara dan kawan yang melawat ketika Orang yang Diinsuranskan berada di dalam hospital untuk Hilang Upaya yang dilindungi di Hospital Kerajaan Malaysia.

- **Had Bagi Setiap Hilang Upaya**

Pembayaran balik maksimum untuk manfaat yang dibayar bagi belanja yang dikenakan untuk rawatan yang diberikan kepada Orang yang Diinsuranskan bagi satu atau lebih kecederaan / sakit / wabak / penyakit yang timbul dari sebab yang sama dalam Tempoh Insurans.

- **Had Tahunan Keseluruhan**

Pembayaran balik tahunan maksimum untuk manfaat yang dibayar bagi belanja yang dikenakan untuk rawatan yang diberikan kepada Orang yang Diinsuranskan dalam Tempoh Insurans.

- **Had Seumur Hidup**

Pembayaran balik seumur hidup maksimum untuk manfaat yang dibayar bagi belanja yang dikenakan untuk rawatan yang diberikan kepada Orang yang Diinsuranskan.

Nota:
Untuk maklumat lanjut berkenaan manfaat yang dilindungi, sila rujuk Penyata Maklumat Polisi.

Penyakit Sedia Ada

hendaklah bermaksud hilang upaya yang diketahui sewajarnya oleh Orang yang Diinsuranskan. Orang yang Diinsuranskan dianggap mengetahui sewajarnya keadaan sedia ada itu apabila:

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

Penyakit Tertentu

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

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

Tempoh Tangguh

hendaklah bermaksud tiga puluh (30) hari pertama antara masa bermulanya hilang upaya Orang yang Diinsuranskan dan bermulanya tarikh Polisi/tarikh pengembalian semula dan terpakai hanya apabila orang itu dilindungi pertama kalinya. Hal ini tidak terpakai selepas tahun pertama perlindungan. Walau bagaimanapun, jika insurans terhenti, maka Tempoh Tangguh akan terpakai sekali lagi.

Perlu dari segi Perubatan

hendaklah bermaksud khidmat perubatan yang:

- a) selaras dengan diagnosis dan rawatan perubatan biasa bagi Hilang Upaya yang dilindungi, dan
- b) menurut piawai amalan perubatan yang baik, selaras dengan piawai semasa bagi rawatan perubatan profesional, dan juga dengan manfaat kesihatan yang sah, dan
- c) bukan untuk kemudahan Orang yang Diinsuranskan atau Pakar Perubatan, dan tidak dapat diperoleh sewajarnya di luar hospital (jika dimasukkan ke wad sebagai pesakit dalam), dan
- d) bukan berbentuk eksperimen, penyelidikan atau kajian, pencegahan atau penyaringan, dan
- e) yang bayarannya berpatutan, munasabah dan biasa diamalkan bagi Hilang Upaya 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 di tempat 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.

Bayaran bersama Bilik dan Makan Dinaikkan

Jika Orang yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital pada kadar Bilik dan Makan yang diumumkan yang lebih tinggi daripada manfaat yang dia layak, Orang yang Diinsuranskan hendaklah menanggung 20% daripada manfaat lain yang dia layak yang diterangkan dalam Jadual Manfaat.

Tinggal di Luar Negara

Tiada manfaat akan dibayar untuk apa-apa rawatan perubatan yang diterima oleh Orang yang Diinsuranskan di luar Malaysia. Jika Orang yang Diinsuranskan itu tinggal atau membuat perjalanan di luar Malaysia lebih daripada sembilan puluh (90) hari berturut-turut.

Rawatan Luar Negara

Jika Orang yang Diinsuranskan ingin mendapatkan rawatan luar negara, manfaat berkaitan rawatan hendaklah dilindungi tertakluk kepada pengecualian, had dan syarat yang ditetapkan dalam Polisi ini dan semua manfaat akan dibayar berdasarkan keputusan kadar pertukaran mata wang rasmi pada hari terakhir Tempoh Dimasukkan ke Hospital dan tidak termasuk kos pengangkutan ke tempat rawatan disediakan;

- a) Orang yang Diinsuranskan yang pergi ke luar negara atas sebab selain mendapatkan rawatan perubatan, perlu dimasukkan ke Hospital di luar Malaysia kerana Kecemasan Perubatan;
- b) Orang yang Diinsuranskan atas syor Pakar Perubatan dan perlu dipindahkan ke Hospital di luar Malaysia disebabkan oleh jenis yang khusus bagi rawatan, bantuan, maklumat atau keputusan yang dikehendaki tidak boleh diberikan atau disediakan atau diambil di Malaysia.

Rawatan Luar Negara bagi penyakit, sakit atau kecederaan yang didiagnosis di Malaysia dan keadaan bukan kecemasan atau kronik yang rawatannya boleh ditanggungkan sewajarnya hingga pulang ke Malaysia dikecualikan.

Tempoh Bertenang

Jika Polisi ini telah dikeluarkan dan atas apa-apa alasan Orang yang Diinsuranskan membuat keputusan untuk tidak mengambil Polisi itu, Orang yang Diinsuranskan itu boleh mengemballkan Polisi itu kepada Syarikat untuk pembatalan dengan syarat permohonan untuk pembatalan diserahkan oleh Orang yang Diinsuranskan kepada Syarikat dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh penyerahan Polisi. Orang yang Diinsuranskan itu layak menerima pulangan penuh premium yang telah dibayar tolak belanja perubatan yang ditanggung oleh Syarikat untuk mengeluarkan Polisi tersebut.

Tempoh Perlindungan dan Pembaharuan

Polisi ini hendaklah berkuat kuasa mengikut tarikh yang dinyatakan pada Sijil Insurans. 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 diberitahu oleh Syarikat melalui notis bertulis tiga puluh (30) hari.

Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan Orang yang Diinsuranskan tertakluk kepada terma, syarat dan penamatan pada setiap tarikh ulang tahun Polisi.

Premium pembaharuan yang dibayar tidak dijamin dan Syarikat berhak menentukan premium yang terpakai secara khusus kepada setiap Orang yang Diinsuranskan pada masa pembaharuan.

Pada masa pembaharuan, terma dan syarat perlindungan tidak boleh dipinda, kecuali apabila Hilang Upaya tertentu telah mencapai had maksimum bagi setiap hilang upaya. Dalam keadaan itu, Syarikat berhak secara khusus mengeluarkan Hilang Upaya itu daripada Polisi.

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

1. Penyakit sedia ada.
2. Penyakit yang ditetapkan yang berlaku dalam tempoh satu ratus dan dua puluh (120) hari pertama bagi perlindungan berterusan.
3. Apa-apa keadaan perubatan atau fizikal yang berlaku dalam tempoh tiga puluh (30) hari pertama perlindungan atau tarikh pengembalian semula bagi Orang yang Diinsuranskan, mengikut mana-mana yang terakhir kecuali untuk kecederaan akibat kemalangan.
4. Pembedahan plastik/kosmetik, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembetulan penglihatan dekat melalui pembiasan atau pembedahan (Keratotomy Radial atau Lasik) dan penggunaan atau pemerolehan perkakas atau alat prostetik seperti anggota badan tiruan, alat pendengaran, perentak yang diimplankan dan preskripsinya.
5. Penyakit pergigian termasuk rawatan pergigian atau pembedahan oral kecuali apabila diperlukan kerana Kecederaan akibat Kemalangan pada gigi asli yang sihat yang berlaku sepenuhnya dalam Tempoh Insurans.
6. Penjagaan peribadi, rehat pulih atau jagaan kebersihan, dadah yang tidak dibenarkan, intoksikasi, pensterilan, penyakit venerel dan sekuelanya, AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit) atau ARC (Kompleks Berkaitan AIDS) dan penyakit berkaitan HIV, dan apa-apa penyakit berjangkit yang memerlukan kuarantin oleh undang-undang.
7. Apa-apa rawatan atau operasi pembedahan untuk keabnormalan atau kecacatan kongenital termasuk penyakit keturunan.
8. Kehamilan, melahirkan anak (termasuk kelahiran secara pembedahan), keguguran, menggugurkan kandungan dan jagaan serta pembedahan pranatal atau postnatum, kaedah kawalan kelahiran kontraseptif mekanikal atau kimia atau rawatan berkaitan ketaksuburan, disfungsi erektile dan ujian atau rawatan berkaitan impoten atau pensterilan.
9. Penghospitalan terutamanya untuk tujuan penyiasatan, diagnosis, pemeriksaan sinar-x, pemeriksaan fizikal atau perubatan am, tidak berkaitan dengan rawatan atau diagnosis Hilang Upaya yang dilindungi yang tidak Perlu Dari Segi Perubatan dan apa-apa rawatan pencegahan, ubat atau pemeriksaan pencegahan yang dijalankan oleh Pakar Perubatan, dan rawatan khusus untuk mengurangkan atau menaikan berat badan.
10. Bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan diri sendiri yang disengajakan ketika siaman atau tidak siaman.
11. Perang atau apa-apa tindakan perang, diisytiharkan atau tidak diisytiharkan, aktiviti jenayah atau pengganas, bergiat cergas dalam mana-mana angkatan bersenjata, penyertaan secara langsung dalam mogok, rusuhan dan kekecohan awam atau penderhakaan tentera.
12. Radiasi pengionan atau pencemaran melalui radioaktiviti daripada mana-mana bahan api nuklear atau sisa nuklear daripada proses pembelahan nuklear atau daripada apa-apa bahan senjata nuklear.
13. 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 transplan organ dan komplikasinya.
14. Penyiasatan dan rawatan gangguan tidur dan dengkur, terapi penggantian hormon dan terapi pilihan seperti rawatan, khidmat atau bekalan perubatan, termasuk tetapi tidak terhad kepada khidmatiropraktik, akupunktur, akutekanan, refleksiologi, pengikatan tulang, rawatan pakar herba, urut atau terapi aroma atau rawatan pilihan yang lain.
15. 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 Pekerjaan.
16. Psikotik, gangguan mental atau saraf (termasuk apa-apa neurosis dan manifestasi fisiologi atau psikosomatiknya).
17. 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.
18. Sakit atau kecederaan yang timbul daripada apa-apa jenis perlumbaan (kecuali perlumbaan jalan kaki), sukan berbahaya seperti tetapi tidak terhad kepada terjun di udara, luncur air, aktiviti dalam air yang memerlukan alat pernafasan, sukan musim sejuk, sukan profesional dan aktiviti yang tidak dibenarkan.
19. Penerbangan peribadi selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam mana-mana penerbangan komersil berjadual untuk mengangkut penumpang melalui laluan yang ditetapkan.
20. Belanja yang ditanggung untuk menukar jantina.
21. Keganasan.

Nota:
Senarai pengecualian di atas tidak lengkap. Sila rujuk kepada Penyata Maklumat Polisi untuk senarai lengkap.

S: Siapakah yang layak untuk memohon Mutual MediCare?

J: Pemegang Unit Public Mutual Berhad yang berumur antara 18 dan 60 tahun, yang berwarganegara Malaysia atau Pemastautin Kekal Malaysia, dan menetap kekal di Malaysia.

S: Siapakah yang layak dilindungi di bawah Mutual MediCare?

J: Pemegang Unit Public Mutual Berhad dan pasangan sah di sisi undang-undang yang berumur antara 18 dan 60 tahun, dengan pembaharuan sehingga umur 70 tahun. Anak tanggungan yang tidak berkahwin dan/atau tidak bekerja yang telah mencapai umur 30 hari tetapi berumur bawah 19 tahun, atau berumur sehingga 23 tahun sekiranya masih menuntut sebagai pelajar sepenuh masa di institusi pengajian tinggi di Malaysia. Anak tanggungan termasuk anak sah di sisi undang-undang, anak tiri atau anak angkat sah di sisi undang-undang. Pasangan dan/atau anak sah di sisi undang-undang hendaklah juga Warganegara Malaysia atau Pemastautin Kekal Malaysia, dan menetap kekal di Malaysia.

S: Adakah anak saya boleh dilindungi di bawah Polisi ini tanpa ibu bapa?

J: Tidak, anak yang berumur antara 30 hari dan 17 tahun hendaklah mendaftar bersama sekurang-kurangnya dengan salah seorang ibu bapa mereka.

S: Bagaimana caranya untuk saya memohon Mutual MediCare?

J: Permohonan untuk perlindungan Mutual MediCare adalah mudah. Hanya lengkapkan Borang Cadangan dan hantar kepada Public Mutual Berhad bersama dengan premium penuh.

S: Adakah saya perlu menjalani pemeriksaan fizikal untuk membolehkan saya memohon Mutual MediCare?

J: Tidak perlu, melainkan hanya diminta oleh Syarikat untuk penilaian risiko. Belanja yang dikenakan berkaitan pemeriksaan tersebut adalah ditanggung oleh Pencadang.

S: Bilakah perlindungan insurans akan berkuat kuasa?

J: Perlindungan akan berkuat kuasa sama ada pada 15hb bulan berkenaan atau pada 1hb bulan berikutnya setelah cadangan anda diluluskan dan premium penuh telah diterima.

S: Bagaimana caranya untuk saya membayar premium?

J: Anda boleh membayar premium sama ada melalui kad kredit atau cek/kiriman pos. Hanya lengkapkan bahagian Kebenaran Pembayaran dalam Borang Cadangan untuk mengesahkan pilihan pembayaran anda. Anda akan dibill hanya setelah cadangan anda diluluskan.

S: Adakah saya akan dilindungi ketika berada di luar negara?

J: Ya, anda dilindungi sehingga sembilan puluh (90) hari berturut-turut dari tarikh anda keluar dari Malaysia. Manfaat yang layak dibayar bergantung kepada Syarat Rawatan Luar Negara serta Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan.

S: Adakah saya perlu hantar Borang Cadangan baru untuk pembaharuan?

J: Tidak perlu, melainkan jika anda ingin perbaharui polisi dengan pelan yang lebih tinggi.

S: Bolehkah saya tukar kepada pelan yang lebih tinggi?

J: Ya, semasa ulang tahun polisi atau pembaharuan. Anda perlu hantar Borang Cadangan baru kepada kami untuk penilaian semula risiko sebelum membuat sebarang perubahan kepada manfaat/pelan yang lebih tinggi.

S: Bagaimanakah caranya untuk saya membuat tuntutan bayaran balik?

J: Hanya dengan memberi notis kepada LONPAC INSURANCE BHD dalam masa tiga puluh (30) hari dari tarikh perlu buat tuntutan dan hantar borang tuntutan, butir-butir bil, resit bayaran asal dan lain-lain dokumen berkaitan.

S: Bagaimanakah caranya untuk saya membatalkan polisi?

J: Anda boleh membatalkan polisi pada bila-bila masa dengan menghantar notis bertulis kepada kami. Selepas pembatalan polisi, anda akan menerima pulangan sebahagian premium untuk tempoh insurans yang belum digunakan dari tarikh pembatalan dengan syarat anda tidak pernah membuat apa-apa tuntutan ke atas polisi sebelumnya.

S: Saya sedang mengandung. Bolehkah saya memohon Mutual MediCare?

J: Tidak, anda tidak akan dilindungi di bawah Mutual MediCare.

S: Siapakah yang saya perlu hubungi untuk maklumat lanjut berkenaan Mutual MediCare?

J: Anda boleh hubungi Penasihat Unit Amanah anda, Public Mutual Berhad (Bahagian Insurans) atau hubungi Lonpac Insurance di Talian Bantuan 03-22628787.

S: Siapakah LONPAC INSURANCE BHD?

J: Lonpac Insurance Bhd adalah dilesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan di bawah pengawalan Bank Negara Malaysia untuk menjalankan semua jenis urusan insurans. Ia adalah anak syarikat milik penuh LPI Capital Bhd.

Sekiranya Orang yang Diinsuranskan menukar polisi dari satu syarikat insurans ke syarikat insurans lain atau dari satu jenis pelan kesihatan ke pelan kesihatan lain, terma Tempoh Tangguh, Penyakit Tertentu dan Penyakit Sedia Ada mungkin dikuatkuasakan semula. Sebarang keadaan kesihatan yang tidak memuaskan mungkin akan menyebabkan penetapan terma yang lebih ketat atau penolakan cadangan.

Nota:
Risalah ini bukan kontrak insurans. Liputan penuh, terma dan syarat yang digunakan, dinyatakan dalam Penyata Maklumat Polisi.



Mutual MediCare... ...时刻关怀您

Mutual MediCare 是我们为尊贵的基金单位持有人精心而设的产品，让您能安心地面对突如其来的病症、恶疾或损伤所带来的财务奇袭。



- **方便的出入院手续**

您将获得伦平保险所发出的医药卡。在任何一间参与的医院办理住院手续，出示此卡即可。此卡为您的受保情况提供零烦恼的出入院手续。您只需在出院时缴清所有不受保的费用。

- **全数赔偿受保的医药费用**

您将获赔因某受保情况而导致的所有受保医药费用，高达全年总限额及 / 或终生总限额。

- **受保人可选择更新附条件的保单**

此保单提供年度保障。每年，保单可根据受保人的选择被更新，直至他 / 她满70岁 (以下一个生日为准) 或其终生总限额耗尽为止，视何者为先，以受保人的可受保职业分类为限。

- **更新保单时，无须再申报健康状态**

每次更新保单时，您无须再申报您的健康状况，除非您想把保单更新至更高的保障计划。

- **保障计划**

Mutual MediCare提供您三项诱人的保障计划，专门为迎合您的预算及保健需要而设。

- **承保范围**

此保单提供二十四(24)小时全天候的保障利益，并且全球适用。

- **税项宽免**

此保单下所支付的年度保费，将可让您获得高达RM3,000的额外税项宽免。

- **保费率无性别歧视**

保费是根据年龄层计算。

- **家庭折扣优惠**

在保单生效或被更新时，凡一个家庭中有三(3)位或更多的家庭成员在单一保单下受保，此家庭将获10%的总年度保费折扣。

- **广泛的福利**

此保单提供您广泛的福利如家庭看护、门诊病人物理治疗、器官移植、每年门诊洗肾及癌症治疗以及入住马来西亚政府医院的交通津贴。

备注：
须符合保单
资讯单的条规
与条款。

利益种类	保障计划 (RM)		
	Platinum	Gold	Silver
住院病人			
• 医院病房及膳食 (每天, 长达150天)	350	250	150
• 特别护理单位 (每天, 长达75天)			
• 医院配给及服务			
• 外科手术费			
• 麻醉师费			
• 手术室			
• 住院医生巡诊 (只供非手术住院, 每日一次巡诊, 长达150天)			
• 受保孩童的每日监护人利益 (每天, 长达30天 – 只供15岁以下的受保儿童)	150	110	60
• 马来西亚政府医院住院的现金津贴 (每天, 长达150天)	100	70	50
• 消费税 (如适用)	所有符合条件的支付费用		
• 器官移植 (肝脏、心脏、肺脏、肾脏或骨髓) - 终生只限一次付费	根据收费 以个别的每残疾限额及 全年总限额为限		
门诊病人			
• 住院前专科医生咨询 (住院前的60天内)			
• 住院前诊断性试验 (住院前的60天内)			
• 出院后治疗 (出院后的60天内)			
• 门诊病人物理治疗 (出院后的90天内)			
• 日间手术护理 (包括所有相关的服务及配给)			
• 家庭看护护理 (每天, 出院后长达60天)	150	125	75
• 每年门诊洗肾治疗	36,000	24,000	16,000
• 每年门诊癌症治疗	36,000	24,000	16,000
紧急救援服务及治疗			
• 紧急意外门诊治疗 (意外发生后的24小时内, 长达31天的后续治疗)			
• 紧急意外门诊牙科治疗 (意外发生后的24小时内, 长达31天的后续治疗)			
• 救护车费			
其他			
• 意外死亡利益	5,000	3,000	3,000
• 入住马来西亚政府医院的交通津贴 (每天, 长达45天)	50	40	30
每残疾限额	62,500	40,000	25,000
全年总限额	125,000	80,000	50,000
终生总限额	375,000	240,000	150,000

年度保费 (RM)

年龄层 (下一个生日的年龄)	Platinum	Gold	Silver
• 30天 – 17岁	629.00	561.00	482.00
• 18 – 25 岁	703.00	627.00	539.00
• 26 – 30 岁	740.00	661.00	568.00
• 31 – 35 岁	851.00	760.00	575.00
• 36 – 40 岁	962.00	859.00	708.00
• 41 – 45 岁	1,110.00	991.00	851.00
• 46 – 50 岁	1,332.00	1,189.00	1,022.00
• 51 – 55 岁	1,628.00	1,453.00	1,249.00
• 56 – 60 岁	2,220.00	1,982.00	1,703.00
• 61 – 65 岁 (只限保单更新)	2,959.00	2,642.00	2,270.00
• 66 – 70 岁 (只限保单更新)	4,439.00	3,963.00	3,405.00

备注:

- 1) 投保人与其配偶的合格投保年龄介于18至60岁，保单可被更新至70岁。未婚及 / 或未被雇用，年龄介于30天至19岁以下，或至23岁，如果仍在马来西亚高等学府专职就读的投保人孩子皆符合资格。
- 2) 保障可被延伸至投保人的法定配偶及 / 或孩子。配偶及 / 或孩子的保单价值可以相同或低于、但不能超越投保人的保单价值。无论如何，所有孩子的保单价值必须相同。
- 3) 在保单生效或被更新时，凡一个家庭中有三(3)位或更多的家庭成员在单一保单下受保，此家庭将获10%的总年度保费折扣。家庭成员意指投保人、一(1)位法定配偶及 / 或孩子。
- 4) 在同一时间内，投保人 (包括投保人的法定配偶及孩子) 每人只能获得一(1)项由Mutual MediCare保单所提供的保障。
- 5) 年度保费是以投保人的下一个生日年龄为基准。此册子所刊登的年度保费只供标准人寿参考。保费并不保证及可能被更改。在更新保单时，公平保险保留其权利，根据产品组合的索赔经验，更改适用于每位特定受保人的保费率。任何保费更动将在保单更新时生效。保单持有人将在保费被更动的30天前，收到书面通知。
- 6) 此产品只适用于甲、乙及丙级就职者，职业分类如下：—

甲级：从事专业、行政、管理、文职以及非体力劳动工作者。

乙级：从事监管性质工作但不涉及体力劳动工作者。

丙级：从事偶而或经常使用工具或机械的体力劳动工作者。

备注:

您必须确保此保障计划能满足您的保险需求且保费是您所能承担的。

- **医院病房及膳食**

赔偿住院病人在住院期间，因医疗需要所须付的合理及例常的每日膳宿收费。

- **特别护理单位**

赔偿住院病人在医院的特别护理单位，因医疗需要所须付的合理及例常的每日病房及膳食收费。

- **医院配给及服务**

赔偿因医疗需要所须付的合理及例常收费，包括一般护理、医生所配给及使用的药品及药物、绷带、托板、石膏绷带、X-光、实验室检查、心电图、物理治疗、基础代谢试验、静脉注射及溶液、血液及血浆处理；不包括住院病人在住院期间的血液及血浆费。

- **外科手术费**

赔偿因医疗需要所须付的合理及例常手术费及手术前后长达60天的一般手术护理。

- **麻醉师费**

赔偿因医疗需要，由麻醉师处理麻醉药所须付的合理及例常收费。

- **手术室**

赔偿因医疗需要，使用与外科手术程序有关的手术室所须付的合理及例常收费。

- **住院医生巡诊**

赔偿付费的住院病人在非手术性残疾住院期间，因医疗需要所须付的合理及例常的医生巡诊费。每日最多一次巡诊。

- **受保孩童的每日监护人利益**

赔偿（高达利益表上所规定的限额）因陪伴受保孩童（十五(15)岁以下）入院所须付的膳宿费用。

- **马来西亚政府医院住院的现金津贴**

支付每日津贴若在马来西亚政府医院每全日住院。受保人的病房及膳食费不可超过利益表上的限额。

- **消费税(如适用)**

赔偿所有符合条件的支付费用之消费税。

- **器官移植**

赔偿也是肝脏、心脏、肺脏、肾脏或骨髓移植领受者的受保人，因医疗需要所须付的合理及例常的移植手术费。终生只限一次付费。

- **住院前专科医生咨询**

赔偿首次咨询专科医生所须付的合理及例常收费。该咨询必须是医疗需要，并由通科医生在住院前60天内以书面推荐。临床治疗（包括病症被诊断后之后续药物治疗与咨询）或受保人在咨询后不需住院以治疗；被诊断的医药症状之费用将不被支付。

- **住院前诊断性试验**

赔偿在住院前60天内，因医疗需要，并由合格的医生推荐需进行的诊断性试验所须付的合理及例常收费。如受保人在试验后不需住院以治疗被诊断的医药症状，诊断费用将不被支付。

- **出院后治疗**

赔偿非手术性住院，并在出院后的60天内，因医疗需要，并由相同的医生给予治疗所须付的合理及例常收费。

▪ 门诊病人物理治疗

赔偿在出院后的90天内，因医疗需要，并由主治医生以书面推荐之门诊病人物理治疗所须付的合理及例常收费。

▪ 日间手术护理

赔偿因医疗需要，所须付的合理及例常专科医生费用，包括所有提供给不需住院的门诊病人所进行的日间手术护理程序的相关费用、服务及配给，包括与在医院进行的日间手术护理有关的日间护理前后巡诊。

▪ 家庭看护护理

赔偿因医疗需要，并由附执照及合格的护士，在受保人的家给予他/她因特定医药症状而入院的延续治疗服务所须付的合理及例常收费。该服务必须由主治医生所推荐。

▪ 每年门诊洗肾治疗

赔偿因医疗需要，并在出院后因末期肾脏衰竭，由合法注册的洗肾中心进行洗肾治疗所须付的合理及例常收费。

▪ 每年门诊癌症治疗

赔偿因医疗需要，并在出院后，由医院门诊部或注册的治癌中心进行癌症治疗所须付的合理及例常收费。

▪ 紧急意外门诊治疗

赔偿因医疗需要，并在受保意外事件发生后的24小时内，被接待为门诊病人，并由医院或诊所提供紧急身体治疗之服务及医疗设备所须付的合理及例常收费。必须由相同的医生给予后续治疗，从意外事件发生开始，长达31天。

▪ 紧急意外门诊牙科治疗

赔偿因医疗需要，并在意外事件发生后的24小时内，给予完好的真牙因意外而受损的治疗所须付的合理及例常收费。必须由相同的牙医给予后续治疗，从意外事件发生开始，长达31天。

▪ 救护车费

赔偿因医疗需要，运送受保人往返医院之本地救护车服务（包括随从的医护人员）所须付的合理及例常收费。如受保人不需住院，此费用将不被支付。

▪ 意外死亡利益

一次过支付受保人或受保人的法律代表，在受保人因受保意外事件发生后而死亡的利益总额。

▪ 入住马来西亚政府医院的交通津贴

支付每日交通津贴予受保人因其家庭成员、亲戚及朋友，在受保人因受保的残疾而入住马来西亚政府医院期间，探望受保人。

▪ 每残疾限额

这是最高的赔偿限额。将支付受保人在受保期间，因相同的原因而导致的一项或多项损伤 / 疾病 / 恶疾 / 病症所须付的治疗费用。

▪ 全年总限额

这是最高的年度赔偿限额。将支付受保人在受保期间所须付的医疗费用。

▪ 终生总限额

这是最高的终生赔偿限额。将支付受保人所须付的医疗费用。

备注：
欲知受保利益之详情，请参阅保单资讯单。

既存病症

是指受保人合理地知道的残疾。受保人将被认为在某程度上，知道既存病症如符合以下其中一种情况：

- a) 受保人曾经或正在接受治疗；
- b) 医药建议、诊断、护理或治疗已被推荐；
- c) 清楚及明显的征兆；或
- d) 在各种情况之下，其存在对一个合理的人而言是明显的。

特定疾病

是指受保人在投保之首一百二十(120)天内所出现的以下残疾及其有关的并发症：

- a) 高血压、糖尿病及心血管疾病；
- b) 所有肿瘤、癌症、囊肿、小瘤、黏膜瘤、尿道及胆结石；
- c) 所有耳、鼻(包括鼻窦炎)及喉症状；
- d) 腹股沟疝、痔疮、瘻管、阴囊积水、精索静脉曲张；
- e) 子宫内膜异位，包括生殖系统疾病；
- f) 脊椎骨失调(包括椎间盘)与膝盖症状。

等候期

是指从受保人残疾开始与本保单生效日/复保日之间的首三十(30)天，只适用于初次受保人士。此等候期在受保满一年后将不再适用。但若保单有间断，等候期将再次生效。

医疗需要

是指下列医药服务：

- a) 与受保残疾的诊断及例常医疗一致；及
- b) 依照良好的医疗实践标准，与现时的专业医疗护理标准及被证实的医药利益一致；及
- c) 非为了受保人或医生的便利及不能被合理地拒受住院(如以住院病人身份入院)；及
- d) 非为实验、调查或研究性质，预防或筛选性质；及
- e) 该残疾治疗的收费是合理及例常的。

合理及例常收费

是指在医疗需要下的医疗护理所征收的费用应被认为合理及例常，即不超过一般本地类似治疗的费用。本地类似治疗是指给予患有类似疾病、恶疾或损伤，性别相同及年龄相若的患者的治疗、服务或配给，依照公认的医疗标准与实践，并且不会使受保人的医疗状况受到不良影响。

提升病房及膳食联合付款

如果受保人住院的病房及膳食费用超越其应享有的利益，受保人将需承担根据利益表的其他合格利益之20% 费用。

旅居国外

如果受保人在马来西亚境外居留或旅游连续超过九十(90)天，其在马来西亚以外所接受的任何医疗之费用将不被支付。

国外治疗

如果受保人欲寻求国外治疗，有关治疗利益须符合注明于本保单的不受保事项、限制与条款。所有应付利益将以受保人住院的最后一天之正式兑换率为准，并且不包括受保人被送往治疗地点的运输费，倘若：

- a) 受保人并非因医药治疗而旅游国外，但却因医疗的紧急状况而须入住马来西亚以外的医院；
- b) 受保人因在马来西亚之内不能被给予、提供及获得专业性的治疗、援助、资讯或医疗决定，而在医生的推荐下须被转移到马来西亚以外的医院。

在马来西亚被诊断而赴国外治疗的恶疾、疾病或损伤及可延期至返回马来西亚治疗的非紧急或慢性病症除外。

缓和期

在保单发出后，如果受保人基于任何理由决定不投保，受保人可归还保单予保险公司以便取消。取消指示必须在保单递交日的十五(15)天内呈交给保险公司。受保人有权取回所有已付的保费，唯须扣除保险公司在发出保单时所支付的医药费用。

受保期及保单更新

此保单将从保险证书上所阐明的日期开始生效。保单周年则是在保单生效日期的一年后及其后每年。每当满周年时，保单可被更新。保险公司将在保单更新的三十(30)天前，以书面形式通知当时所实施的保费率。

每当保单日期满周年时，受保人可选择更新此保单。须符合条规、条款及保单终止条约。

不保证更新保费。在更新保单时，保险公司保留其权利，以决定适用于每位特定受保人的保费。

在更新保单时，保单的条规与条款将不被修正。然而，当个别残疾达到每一残疾的最高限额后，保险公司保留其权力，以明确除外有关残疾。

此合约不保障因以下任何(1)种情况直接或间接, 完全或部份而导致的住院治疗, 手术或费用:

1. 既存的病症。
2. 连续受保后首一百二十(120)天内所出现的特定疾病。
3. 在受保人受保或复保日(视何者为后) 首三十(30)天内所出现的任何医疗或生理症状, 唯意外损伤除外。
4. 整容/整容外科、割包皮、眼睛检查、眼镜及折射度测量或近视矫正手术(放射状角膜切口手术或激光辅助原位角膜磨镶术) 及使用或获得外在补助仪器或装置, 如义肢、助听器、内植心律调整器及处方等。
5. 牙齿症状, 包括牙齿治疗或口腔手术, 唯在整个保险期间因意外而受损的完好真牙除外。
6. 私人看护、疗养或卫生护理、非法药品、排毒、绝育、性病及其后遗症、爱滋病(后天免疫缺陷综合症) 或爱滋病并发症及有关爱滋病毒的恶疾(HIV呈阳性), 及任何在法律下必须被隔离的传染病。
7. 任何先天性畸形或残废, 包括遗传症状的治疗或外科手术程序。
8. 怀孕、生产(包括进行手术分娩)、流产、堕胎及生产前后的护理和手术、机械或化学避孕方法或节育或不孕的治疗。不孕及有关阳痿或割包皮所进行的试验或治疗。
9. 主要因调查目的、诊断、X-光检查、一般生理或医药检查而住院, 而非与受保残疾的治疗或诊断有关, 或非因医疗必要而进行的任何治疗及任何由医生所执行的预防性治疗、预防性医药或检查及体重控制的特别治疗。
10. 自杀、企图自杀或蓄意自残, 不论清醒与否。
11. 战争或任何战争行动, 不论宣战与否; 罪犯或恐怖份子活动; 现投于任何武装部队; 直接参与罢工、暴动及市民骚动或叛乱。
12. 来自任何核子燃料的电离辐射或放射能污染或来自核子分裂过程或任何核子武器材料而产生的核废料。
13. 受保人捐献任何身体器官的费用及接受任何器官捐献所需的费用, 包括捐献者在进行器官移植时及其并发症所需承担的所有费用。
14. 对睡眠及鼻鼾失调所进行的调查与治疗, 替换贺尔蒙治疗及其他疗法如治疗, 医药服务或配给, 包括但不限于脊椎指压服务、针灸、针压止血、脚底按摩、接骨、草药治疗、按摩或芳香治疗或其他疗法。
15. 无需付费的护理或治疗, 或有其他保单或赔偿保障受保人, 及在员工赔偿保险契约下, 源自职务或职业的受保障残疾。
16. 精神、心理或神经失调(包括任何神经及其生理或精神状态的显示)。
17. 非医药性服务的花费/开支如电视、电话、电报服务、电台或类似的设施, 入院箱/包装用物及其他不合格的非医药项目。
18. 因任何竞赛所导致的病症或损伤(徒步竞赛除外), 危险性运动包括但不限于花式跳伞、滑水、需呼吸工具的潜水活动、冬季运动、专业运动及非法活动。
19. 私人飞行, 以付费乘客身份乘坐任何根据固定航线及有载客执照的商业预定航班则除外。
20. 变性费用。
21. 恐怖主义活动。

备注:

以上的不受保事项及限制并不详尽。请参阅保单资讯单以获知完整目录。

问：谁有资格申请Mutual MediCare?

答：介于18至60岁的大众信托基金单位持有人，必须是马来西亚公民或永久性居民及定居在马来西亚。

问：谁将在Mutual MediCare下获得保障?

答：大众信托基金的单位持有人以及他/她18至60岁的法定配偶，可更新至70岁。未婚且未被雇用，年龄介于30天至19岁以下的投保人孩子，或至23岁，如果他们仍是受承认的马来西亚教育机构的专职学生。子女的定义包括亲生、继子女或合法被领养的孩子。法定配偶及/或子女也必须是马来西亚公民或永久性居民，及定居在马来西亚的人士。

问：我的子女可以在父母未受保的情况下获得保障吗?

答：不，年龄介于30天至17岁的孩童必须随同至少一位父母投保。

问：我该如何申请Mutual MediCare?

答：申请Mutual MediCare的方法非常简单。您只需填妥投保表格，然后与保费一同呈交至大众信托基金。

问：我需要进行体格检查以申请Mutual MediCare吗?

答：不需要，除非保险公司特别要求以作风险评估。申请者须承担体格检查的费用。

问：保障将从何时开始?

答：保障将从您的申请被核批后的当月15号或下个月的1号正式开始。保费必须一同被收到。

问：我该如何支付保费?

答：您可通过信用卡或支票/邮政汇票/汇票的方式支付保费。您只需填妥投保表格中的付款授权部分，以确定您所选择的付款方式。只有在申请被核批后，您的账户才会被扣除保费。

问：在国外的我是否也将获得保障?

答：是的，从您离开马来西亚当天至连续九十(90)天，您将获得保障。应付利益则受到“国外治疗”以及“合理及例常收费”的条款所限制。

问：更新保单时，我需要呈交新的投保表格吗?

答：不需要，除非您想把保单更新至更高的保障计划。

问：我可以把保险利益提升至更高的保障计划吗?

答：可以，在保单满周年或被更新时，您必须呈交一份全新的投保表格，以便在我们提升您的保险利益/保障计划前，重新评估风险。

问：我该如何索赔?

答：任何索赔，只需在三十(30)天内通知伦平保险并呈交索赔表格、正本的明细账单、收据及其它相关文件。

问：我该如何取消我的保单?

答：您可在任何时候，以书面形式通知我们以取消您的保单。保单被取消后，倘若您的受保期限距离取消日期仍未届满，同时不曾索赔，您将被退还部分保费。

问：怀孕了，仍可申请Mutual MediCare吗?

答：不，在怀孕期间，您无法在Mutual MediCare下获得保障。

问：我该如何获知更多有关Mutual MediCare的详情?

答：您可联络您的单位信托顾问，大众信托基金(保险处)或致电伦平保险求助热线03-22628787。

问：谁是伦平保险?

答：伦平保险(Lonpac Insurance Bhd)在2013年金融服务法令下获得执照，并由马来西亚国家银行管制，以经营所有种类的普险业务。伦平保险乃伦平资本(LPI Capital Bhd)的完全附属子公司。

如受保人从一家保险公司转换保单至另一家保险公司或从一种医疗保单转换至另一种医疗保单，等候期、特定疾病及既存的病症将重新开始。任何恶化的健康状况将导致更严厉的条款被施加或投保不被接受。

备注：
此册子并非保险合同。详细的保障、条款与条款将在保单资讯单里阐明。

HEAD OFFICE

Menara Public Bank 2,
No. 78, Jalan Raja Chulan,
50200 Kuala Lumpur.

TELEPHONE

03-2022 6800

FACSIMILE

03-2022 6900

WEBSITE

www.publicmutual.com.my

CUSTOMER SERVICE HOTLINE

03-2022 5000

UNDERWRITTEN BY



LONPAC INSURANCE BHD
(INCORPORATED IN MALAYSIA)

HEAD OFFICE

LG, 6th, 7th, 21st-26th Floor,
Bangunan Public Bank,
6, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur.
P.O. Box 10708, 50722 Kuala Lumpur.

Tel: 03-2262 8688 / 2723 7888

Fax: 03-2072 3385

Follow us



West Malaysia

Customer Service Centre
Tel: 03-2022 5000

Mutual Gold Centre
Tel: 03-2022 5000

1 Utama Shopping Centre
Tel: 03-2022 5000

Alor Setar
Tel: 04-7366 500 Fax: 04-7364 655
E-mail: aor@publicmutual.com.my

Bangsar
Tel: 03-2022 5000 Fax: 03-2283 5739
E-mail: kls@publicmutual.com.my

Batu Pahat
Tel: 07-4363 500 Fax: 07-4326 588
E-mail: bpt@publicmutual.com.my

Bukit Mertajam
Tel: 04-5405 000 Fax: 04-5376 580
E-mail: bkm@publicmutual.com.my

Butterworth
Tel: 04-3141 500 Fax: 04-3317 775
E-mail: btw@publicmutual.com.my

Cheras
Tel: 03-2022 5000 Fax: 03-9132 1022
E-mail: chr@publicmutual.com.my

Damansara Perdana
Tel: 03-2022 5000 Fax: 03-7722 2475
E-mail: dsp@publicmutual.com.my

Ipoh
Tel: 05-2462 500 Fax: 05-2559 859
E-mail: iph@publicmutual.com.my

Johor Bahru
Tel: 07-3607 500 Fax: 07-3548 600
E-mail: jhb@publicmutual.com.my

Klang
Tel: 03-2022 5000 Fax: 03-3323 5632
E-mail: kel@publicmutual.com.my

Kluang
Tel: 07-7391 500 Fax: 07-7736 195
E-mail: klg@publicmutual.com.my

Kota Bharu
Tel: 09 - 7263 500 Fax: 09-7476 026
E-mail: kbr@publicmutual.com.my

Kuala Terengganu
Tel: 09 - 6321 500 Fax: 09-6317 030
E-mail: ktg@publicmutual.com.my

Kuantan
Tel: 09 - 5118 500 Fax: 09-5161 223
E-mail: ktn@publicmutual.com.my

Melaka
Tel: 06-2855 500 Fax: 06-2837 354
E-mail: mlk@publicmutual.com.my

Muar
Tel: 06-9562 500 Fax: 06-9536 830
E-mail: mua@publicmutual.com.my

Penang
Tel: 04-2196 500 Fax: 04-2295 171
E-mail: pen@publicmutual.com.my

Puchong
Tel: 03-2022 5000 Fax: 03-8065 3010
E-mail: pch@publicmutual.com.my

Seremban
Tel: 06-6372 500 Fax: 06-7644 237
E-mail: sbm@publicmutual.com.my

Shah Alam
Tel: 03-2022 5000 Fax: 03-5513 9288
E-mail: sal@publicmutual.com.my

Sungai Petani
Tel: 04-4558 500 Fax: 04-4230 663
E-mail: sgp@publicmutual.com.my

Temerloh
Tel: 09 - 2955 500 Fax: 09-2968 060
E-mail: tml@publicmutual.com.my

East Malaysia

Bintulu
Tel: 086-859 500 Fax: 086-330 221
E-mail: btu@publicmutual.com.my

Kota Kinabalu
Tel: 088-327 500 Fax: 088-238 389
E-mail: bki@publicmutual.com.my

Kuching
Tel: 082-226 500 Fax: 082-239 825
E-mail: kch@publicmutual.com.my

Miri
Tel: 085-323 500 Fax: 085-416 195
E-mail: mri@publicmutual.com.my

Sandakan
Tel: 089-231 500 Fax: 089-222 889
E-mail: sdk@publicmutual.com.my

Sibu
Tel: 084-363 500 Fax: 084-330 269
E-mail: sbw@publicmutual.com.my

Tawau
Tel: 089-982 500 Fax: 089-765 326
E-mail: twu@publicmutual.com.my