

PART I – DEFINITIONS

Unless otherwise required by the context, the following definitions shall apply:

1. **“Company” / “We” / “Us” / “Our”** shall mean PRUDENTIAL ASSURANCE MALAYSIA BERHAD.
2. **“Master Policyholder”** shall mean UNITED OVERSEAS BANK (MALAYSIA) BHD.
3. **“Policy”** shall mean the Basic Policy between the Master Policyholder and Us, any riders, addendums, proposal forms, endorsements, the Insurance Certificate, any amendments signed by the Company, the application attached of the Master Policyholder and the individual applications for membership, statements from the Physicians, and questionnaires of the Insured Member constituting the entire contract between the parties.
4. **“Entry Date”** shall mean the date as specified in the Insurance Certificate and on which an Eligible Member becomes an Insured Member hereunder.
5. **“Eligible Members”** shall mean members who having met the eligibility requirements set forth in Part II Section A, are entitled to elect to participate in the insurance plan under the Policy.
6. **“Expiry Date”** shall mean the date as specified in the Insurance Certificate and on which insurance cover under that Insurance Certificate shall cease for the Insured Member.
7. **“Insurance Certificate”** shall mean the Insurance Certificate issued by the Company to the Insured Member, which is more particularly described in Part V Section B.
8. **“Insured Member”** shall mean the Eligible Members who are participating in the insurance plan under the Policy and in respect of whom Insurance Certificates have been issued.
9. **“Loan”** shall mean the loan taken by the Eligible Member from the Master Policyholder.
10. **“Other Terminal Illness Benefits”** shall mean the total benefits payable and paid in respect of an Insured Member under all other policies issued by the Company as a result of him suffering Terminal Illness.
11. **“Sum Insured”** shall mean the amount as set forth in Part III Section A.
12. **“Applicable Sum Insured”** shall mean the amount shown in the Insurance Certificate on a monthly reducing basis from the Sum Insured for Death Benefit shown in the Insurance Certificate Schedule, in the month in which the Insured Member dies, suffers Total and Permanent Disability or Terminal Illness in accordance with the provisions of the Policy.
13. **“Physician”** shall mean any medical practitioner registered with the Medical Council of the country to render medical or surgery services, but excluding a Physician who is the Insured Member himself or the spouse or a member of the Insured Member’s immediate family or related by blood or marriage or adoption to him.
14. **“Pre-existing Condition”** means any condition or disabilities that the Insured Member has reasonable knowledge of prior to the Entry Date. The Insured Member may be considered to have reasonable knowledge of a pre-existing condition where the disability, illness and/or condition is one for which:
 - (a) the Insured Member 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.
15. **“Terminal Illness”** shall mean the Insured Member is suffering from a condition, which in the opinion of a Physician is highly likely to lead to death within twelve (12) months and where the Insured Member must no longer be receiving active treatment other than that for pain relief.
16. **“Total and Permanent Disability”** shall mean:
 - (a) while aged eighteen (18) years but below the age of sixty-one (61) years, the Insured Member:
 - (i) becomes permanently and completely unable to engage in any occupation and is permanently and completely unable to perform any work for remuneration or profit;
 - (ii) totally and irrecoverably loses sight in both eyes;

- (iii) totally and irrecoverably loses by severance one limb each at or above his wrist and ankle, or two limbs at or above his wrist or ankle; or
- (iv) totally and irrecoverably loses sight in one eye and totally and irrecoverably loses by severance one limb at or above the wrist or ankle;

or

- (b) while aged sixty-one (61) years but below the age of seventy (70) years, the Insured Member receives confirmation by a Physician of the loss of independent existence lasting for a minimum period of six (6) consecutive months and resulting in a permanent inability to perform at least three (3) of the following Activities of Daily Living either with or without the use of mechanical equipment, special devices or other aids and adaptations in use for disabled persons.

The Activities of Daily Living are:

- (i) Transfer
Getting in and out of a chair without requiring physical assistance.
- (ii) Mobility
The ability to move from room to room without requiring any physical assistance.
- (iii) Continence
The ability to voluntarily control bowel and bladder functions such as to maintain personal hygiene.
- (iv) Dressing
Putting on and taking off all necessary items of clothing without requiring assistance of another person.
- (v) Bathing/Washing
The ability to wash in the bath or shower (including getting in or out of the bath or shower) or wash by any other means.
- (vi) Eating
All tasks of getting food into the body once it has been prepared.

For all cases under (a) or (b) above, such disability must be permanent and must last for a minimum period of six (6) consecutive months.

For the purpose of the definition of “Total and Permanent Disability”, the word “permanent”, shall mean beyond the hope of recovery with current medical knowledge and technology.

- 17. **“Taxes”** means
 - (a) goods and services tax;
 - (b) value added tax;
 - (c) consumption tax; or
 - (d) any other tax, duty, charge or imposition of a similar nature by whatever name called; which may be imposed or charged under law and regulations, or rules, rulings or guides from the relevant authority.
- 18. A masculine personal pronoun as used herein includes the feminine, whenever the context requires.
- 19. The singular words will include the plural and vice-versa, whenever the context requires.

PART II - MEMBERSHIP ELIGIBILITY AND TERMINATION

Section A – Eligibility

1. Eligible Members shall be those who took up UOB loan facility and must be within eighteen (18) and sixty-six (66) years age next birthday (both ages inclusive) on the Entry Date.

Section B – Termination

1. The insurance hereunder of the Insured Member shall be terminated:
 - (a) on the Expiry Date;
 - (b) on the date on which the Insured Member dies;
 - (c) when the Applicable Sum Insured or the remaining Applicable Sum Insured, whichever applies, is fully decreased as a result of admission of claim under the Insurance Certificate;
 - (d) when the Insured Member's Insurance Certificate is surrendered;
 - (e) on the date when the Insured Member's Insurance Certificate or the Policy is terminated pursuant to Part V Section N;

whichever is earlier.

PART III – BENEFIT PROVISIONS

Section A – Sum Insured

The Sum Insured is specified in the Insured Member's Insurance Certificate, as the basis to determine the Applicable Sum Insured.

Section B – Death Benefit

1. Upon receipt of due proof of the death of the Insured Member, together with the relevant claim documents and information that We request to evaluate the claim as well as to establish the cause and circumstances of death of the Insured Member, the Applicable Sum Insured or the remaining Applicable Sum Insured, whichever applies, in the month in which the Insured Member dies shall be payable in one lump sum by the Company, subject to the provisions of the Policy.
2. The remaining Applicable Sum Insured, if any, after paying the Terminal Illness and/or Total and Permanent Disability Benefit shall decrease on a monthly basis as determined by the Company. The remaining Applicable Sum Insured shall be payable, subject to the terms and conditions of this section, if the Insured Member who suffered Terminal Illness and/or Total and Permanent Disability, subsequently dies while the relevant Insurance Certificate is still subsisting. The remaining Applicable Sum Insured shall mean the amount remaining, after deducting the total amount paid and/or is payable for Terminal Illness and/or Total and Permanent Disability from the Applicable Sum Insured.

Section C – Total and Permanent Disability Benefit

1. If the Insured Member, who has been accepted for Total and Permanent Disability ("TPD") Benefit cover, suffers TPD before the anniversary of the Entry Date on which the Insured Member is age seventy (70) years next birthday, while insured hereunder and provided such disability has existed continuously for at least six (6) consecutive months or more, the Applicable Sum Insured, or the remaining Applicable Sum Insured, or the Sum Insured for TPD Benefit shown in the Insurance Certificate, whichever is the lower amount in the month in which the Insured Member suffers Total and Permanent Disability, shall be payable by the Company, subject to the provisions of the Policy.

When the amount payable under the TPD Benefit:

- (a) is less than or amounts to RM1,000,000, We shall pay it in one lump sum; or
- (b) exceeds RM1,000,000, We shall pay:
 - (i) a lump sum payment of RM1,000,000; and

- (ii) subject to proof of the Insured Member's continued TPD, We shall pay the balance of the TPD Benefit due on the first anniversary of TPD of the Insured Member. However, if the Insured Member dies before the first anniversary of the TPD, We shall pay the balance of the TPD benefit to any entitled person(s).
2. The remaining Applicable Sum Insured, if any, after paying the Terminal Illness Benefit, shall decrease on a monthly basis as determined by the Company. The remaining Applicable Sum Insured shall be payable, subject to the terms and conditions of this section, if the Insured Member, who suffered Terminal Illness, subsequently suffers Total and Permanent Disability before the Expiry Date while the relevant Insurance Certificate is still subsisting. The remaining Applicable Sum Insured shall mean the amount remaining, after deducting the total amount paid and/or is payable for Terminal Illness from the Applicable Sum Insured.
3. After submitting a notice of a claim, the Insured Member must undergo a medical examination carried out by a Physician appointed by the Company, as required by the Company. In order to assess the claim, the Insured Member may be subject to more than one medical examination carried out by a Physician appointed by the Company. The payment of the TPD Benefit (or any of its balance) shall be subject to proof of the Insured Member's continued disability. If such proof is not furnished or if the Insured Member shall refuse or fail to undergo any medical examination when required so to do, the Insured Member shall be deemed to have immediately ceased to be totally and permanently disabled and there shall be no further payments or balance payments for this TPD Benefit.

Section D – Terminal Illness Benefit

1. If the Insured Member, who has been accepted for Terminal Illness Benefit cover, suffers from Terminal Illness while insured hereunder, the Company shall, during the lifetime of the Insured Member and to the provisions of the Policy, pay in one lump sum the Applicable Sum Insured, or the remaining Applicable Sum Insured, or the Sum Insured for Terminal Illness Benefit shown in the Insurance Certificate Schedule, whichever is the lower amount in the month in which the Insured Member suffers from Terminal Illness, by providing the evidence to the Company. We shall need to receive the evidence that We need to assess the claim during his lifetime. The Insured Member shall have to pay any costs involved in providing it.
2. The Terminal Illness Benefit shall not apply or be payable if the symptoms of the Terminal Illness is manifested prior to or within thirty (30) days from the Entry Date.
3. Any Physician We have appointed must be allowed to examine the Insured Member and to carry out any tests that required by Us as part of claim assessment. If the Insured Member fails or refuses to have the examination or tests, We can refuse to pay the claim.
4. The most the Company shall pay for Terminal Illness Benefit and Other Terminal Illness Benefits shall be Ringgit Malaysia Two Million (RM2,000,000.00). The Company shall not pay any benefit under this section where the Other Terminal Illness Benefits already reach or exceed RM2 million.
5. The remaining Applicable Sum Insured, if any, after paying the Total and Permanent Disability Benefit, shall decrease on a monthly basis as determined by the Company. The remaining Applicable Sum Insured shall be payable, subject to the terms and conditions of this section, if the Insured Member, who suffered Total and Permanent Disability, subsequently suffers Terminal Illness while the relevant Insurance Certificate is still subsisting. The remaining Applicable Sum Insured shall mean the amount remaining, after deducting the total amount paid and/or is payable for Total and Permanent Disability from the Applicable Sum Insured.

Section E – Exclusions

1. The Death Benefit in Section B shall be a sum equal to the total premium paid in respect of such Insured Member without interest and no more in respect of the death of the Insured Member caused by or in connection with:
 - (a) suicide whether attempted/inflicted while sane or insane; or
 - (b) any Pre-existing Condition;within one year from the Entry Date.
2. Total and Permanent Disability Benefit in Section C, shall not be payable in respect of any condition/illness/injury/event which is directly or indirectly caused by or in connection with:
 - (a) any attempted suicide or self-inflicted injury whether attempted/ inflicted while sane or insane;

- (b) any travelling in an aircraft; other than as a pilot, member of the crew or fare paying passenger in a commercial aircraft licensed for passenger service on schedule flights over established routes only;
 - (c) any participation in any aerial sporting activities such as hang-gliding, ballooning, parachuting, sky-diving, bungee jumping and other such similar activities; or
 - (d) any Pre-existing Condition.
3. Terminal Illness Benefit in Section D shall not be payable in respect of any Terminal Illness caused directly or indirectly by:
- (a) attempted suicide or intentionally self-inflicted injury of the Insured Member while sane or insane; or
 - (b) alcoholism, alcohol, narcotics or drugs unless taken as prescribed by a Physician;
 - (c) mental disorders including but not restricted to Anorexia Nervosa, Anxiety, Depression, Mania, Neurosis, Paranoia, Psychosis and Schizophrenia; or
 - (d) any Pre-existing Condition.

Section F – Examination

1. As part of claim assessment, We may require:
- (a) the Insured Member to undergo examinations carried out by a Physician We have appointed;
 - (b) the Insured Member to undergo more than one examination carried out by a Physician We have appointed;
 - (c) examinations include blood test or any other tests.
2. If the Insured Member fails to have the examination when We ask, We shall decline the claim.

Section G – Payment

Payment of any monies under the Policy shall first be applied to offset any indebtedness by the Insured Member to the Master Policyholder. Monies payable in excess of the indebtedness or monies payable when there is no indebtedness to the Master Policyholder shall be payable to the Insured Member if living, otherwise to the person entitled to receive the same.

Section H – Surrender Value

1. The Master Policyholder may surrender insurance coverage in respect of the Insured Member pursuant to the Policy before the Expiry Date stated in the Insurance Certificate by giving instructions in writing to the Company and returning the original of such Insurance Certificate to the Company.
2. Upon the surrender of the insurance coverage pursuant to the Policy, the Company shall pay the surrender value after deducting any indebtedness by the Insured Member(s).

PART IV – PREMIUM PROVISIONS

Section A – Premium Payments

Single premium is payable by the Insured Member to Us, which the Master Policyholder shall collect the premium from the Insured Member and then pay the collected premium to Us.

PART V – GENERAL PROVISIONS

Section A – The Contract

1. All statements made by the Master Policyholder, or by the Insured Member shall, in the absence of fraud, be deemed representations and not warranties. No statement shall be used by the Company to void this Insurance Certificate, the Policy or in defence to a claim under it, unless it is made in writing pursuant to an application for the Policy.
2. The rights of the Master Policyholder or the Insured Member or any beneficiary under the Policy shall not be affected by any provision other than those contained in the Policy.
3. No person except the authorized personnel from the Company is authorized to alter or amend the Policy, to accept premiums in arrears or to extend the period for payment of premium, to waive any notice or proof of claim required by the Policy, or to extend the date before which any such notice or proof must be submitted. No

changes in the Policy shall be valid unless approved by the Company and the Master Policyholder and evidenced by endorsement or by amendment signed by the Company and the Master Policyholder.

4. Neither party may assign, transfer or charge all or any of its rights or obligations under the Policy without the other party's prior written consent.
5. The Company may by giving written notice to the Master Policyholder, vary or amend the provisions in the Policy if such variation or amendment is necessary or required due to any law or regulation or by any regulatory authority or body.

Section B – Individual Certificates

1. The Company shall issue and send to the Insured Member, an individual certificate certifying that the person so named has become an Insured Member under the Policy.
2. If there is any inconsistency between the provisions of the Master Policy (referring to the Basic Policy between the Master Policyholder and Us, including the riders, addendums, endorsements, amendments signed by the Company) and Insurance Certificate, the provisions of the Master Policy shall apply.

Section C – Misstatement

If the age or date of birth relating to the Insured Member shall be found to have been misstated, We shall use the true age when determining the benefits that should have been provided and make an equitable adjustment of premiums or benefits.

Section D – Applicable Law

The Policy, and all rights, obligations and liabilities arising under this Policy, shall be construed and determined and may be enforced in accordance with the law of the country in which the Policy was issued.

Section E - Legal Proceedings

No action in law or in equity shall be brought to recover on the Policy prior to the expiration of sixty (60) days after proof of claim has been filed in accordance with the requirements of the Policy.

Section F – Incontestability

The Insurance Certificate shall be incontestable, except for fraud, after it has been in force during the lifetime of the Insured Member for two (2) years from the Entry Date.

Section G – Filing Proof of Loss

It shall be a condition precedent to the liability of the Company to make payment of any benefit under this Policy that the proof of loss must be furnished to the Company at its Head Office within ninety (90) days after the date of death, Total and Permanent Disability or the date of diagnosis of the Terminal Illness.

Section H – Policy Termination

The Policy may be terminated by either the Master Policyholder or the Company by providing thirty (30) days prior written notice to the other party before the date on which such termination shall become effective.

In the event of such termination, the Insured Member's insurance coverage under the Insurance Certificate shall continue until the date of the expiration of the period for which premium payment is made on account of his insurance. Such termination shall not affect any claims originating prior to the effective date of such termination.

Section I – Non-participating Policy

The Policy shall not participate in any surplus distribution of the Company.

Section J – Free Look Period

The Insured Member is given a Free Look Period of 30 days or such longer period as may be specified by Bank Negara Malaysia after the delivery of the Insurance Certificate, to review the Insurance Certificate. If the Insured Member

decides to cancel the coverage under the Insurance Certificate, the Insured Member must notify the Master Policyholder and return the Insurance Certificate to the Company within the Free Look Period. The Company shall refund the premiums paid less any medical expenses incurred which the Company may have already paid or agreed to pay in respect of any medical examination of the Insured Member(s). This refund shall be paid to the Insured Member if the Premium is not financed by the Master Policyholder. However, if the Premium is financed by the Master Policyholder, this refund shall be paid to the Master Policyholder.

Section K – Proof of Age

Proof of age is required before the payment of claim. The Insurance Certificate will state whether the age of the Insured Member has been admitted. If it has not been admitted, the Insured Member is required to send a photocopy of the Insured Member's identity card or birth certificate to Us for Our record immediately.

Section L – Change of Address and Any Other Personal Details

In order for Us to keep the Insured Member informed of important information, it is essential that the Insured Member informs Us of the Insured Member's latest correspondence address, email address and all other contact details, as well as the latest address of the nominee(s) and trustee(s) (if any).

Section M – Taxes

1. Taxes may be imposed or increased, at any time on any of the premiums, charges or other payments due and payable by the Insured Member for this Insurance Certificate. If so, the Insured Member shall pay Taxes at the applicable prevailing rate.
2. In this Insurance Certificate, Taxes mean:
 - (a) goods and services tax;
 - (b) value added tax;
 - (c) consumption tax; or
 - (d) any other tax, duty, charge or imposition of a similar nature by whatever name called; which may be imposed or charged under laws and regulations, or rules, rulings or guides from the relevant authority.

Section N – Misrepresentation / Fraud

1. If the Master Policyholder or the Insured Member's answer or statement or information provided before this Insurance Certificate was entered into, varied or renewed is found to be false or misleading, or if the Master Policyholder or the Insured Member has failed to disclose information as required, We have the right to void this Insurance Certificate or exercise any of the rights available to Us in Schedule 9 of the Financial Services Act 2013 or any other law that replaces this Act.
2. If any claim made by the Master Policyholder or the Insured Member is fraudulent or exaggerated, or any false declaration was made in support of such claim, We have the right to terminate the Policy or the Insured Member's Insurance Certificate (as the case maybe).

Section O – Notices

1. All notices must be in writing and shall be treated as served on the Insured Member if delivered or sent to or left at the Insured Member's latest correspondence address or any other address the Insured Member gives Us in writing. Any notice sent by post shall be treated as a written notice and received three (3) days after it is posted.
2. We may give the Master Policyholder or the Insured Member notice by fax, e-mail, text message, or electronic means. We may also give the Master Policyholder or the Insured Member notice by any other method, if We feel the circumstances are appropriate after considering the market development on such method. Any notice sent by fax shall be treated as a written notice and served when We get confirmation of the transmission. If notice is sent by e-mail or text message or electronic means or any other method, it shall be treated as a written notice and served on the next business day after sending.
3. All notices and/or claims must be served on Us in writing. They shall only be treated as served if personally delivered, or sent by registered post addressed to Our Head Office, or they are sent to Us and We actually received them. The Master Policy Number and the Insurance Certificate Number shown in the Insurance Certificate must be quoted in any notices and/or claims for them to be valid.

Section P - Anti-Money Laundering, Anti-Terrorism Financing and Proceeds of Unlawful Activities

1. Regardless of anything to the contrary contained in this Policy, (i) if We learn or are notified that the Master Policyholder, the Insured Member, or any other beneficial owner named at the application stage, nominee, beneficiary, individual or entity that is associated with this Policy, is named on any Sanctions list, or is threatened with being added to any Sanctions list, or (ii) if We or any bank or other relevant third party could be found to be in breach of Sanctions obligations as a result of taking any action under this Policy, then We may:
 - (a) terminate this Policy with immediate effect with or without prior notice to the Master Policyholder and Insured Member, and/or
 - (b) take any other action We may deem appropriate, including but not limited to notifying any relevant government authority, withholding any payments, freezing any monies paid to Us, and transferring any such payments or monies to any relevant government authorities.
2. We shall not be liable for any losses of whatever nature that the Master Policyholder, Insured Member, or anyone else may incur as a result of Us taking action under this section. This section, and Our ability to claim for any losses that We may incur arising out of the operation of this section, shall survive any termination of this Policy.

For the purpose of this section, “Sanctions” mean:

restrictive measures imposed on targeted regimes, countries, governments, entities, individuals and industries by international bodies or governments in Malaysia or outside of Malaysia, including but not limited to the Office of Financial Sanctions Implementation HM Treasury, the United Nations, the European Union, the US Treasury Department’s Office of Foreign Assets Control, and Ministry of Home Affairs in Malaysia.

Section Q – Notice to all Insured Members (Financial Markets Ombudsman Service and Customer Services)

1. **Customer Service**
We are committed to providing quality service to all Our customers. Please feel free to contact Our Customer Service representatives if you have any enquiries on the Policy. You can reach Us regarding your enquiry or complaint via phone at 03-2771 0228 during office hours, 8.30am - 5.15pm; Monday to Friday.
2. **Consumer Awareness**
BNMLINK and BNMTELELINK provide customer service on general enquiries and public complaints in matters related to the financial sector. Besides that, it also provides information on the regulatory aspects of insurance products and services. BNMLINK and BNMTELELINK can be contacted at the following address:

BNMLINK

(Walk-in Customer Service Centre)
Ground Floor, D Block,
Jalan Dato’ Onn,
50480 Kuala Lumpur
Operating hours: 9.00am-5.00pm (Monday-Friday)

BNMTELELINK

Jabatan LINK & Pejabat Wilayah
Bank Negara Malaysia
P.O.Box 10922
50929 Kuala Lumpur
Tel: 1-300-88-5465 (LINK)
Fax: 03-2174 1515
E-mail: bnmtelelink@bnm.gov.my

3. **Financial Markets Ombudsman Service**
The Financial Markets Ombudsman Service is set up to offer consumer protection to policyholders, and to resolve disputes over claims settlement between the insurance company and consumers/policyholders. Any

policyholder who is not satisfied with the decision of the insurance company may write to the ombudsman at the following addresses:

Financial Markets Ombudsman Service

(Formerly known as Ombudsman for Financial Services)

Company No: 200401025885

Level 14, Main Block

Menara Takaful Malaysia

No.4, Jalan Sultan Sulaiman

50000 Kuala Lumpur

General Line: +603-2272 2811

Website: www.fmos.org.my

4. Jabatan LINK & Pejabat Wilayah
Jabatan LINK & Pejabat Wilayah in Bank Negara Malaysia oversees and monitors public complaints and inquires on insurance and insurance related matters. Jabatan LINK & Pejabat Wilayah can be contacted at the following address:

Jabatan LINK & Pejabat Wilayah

Bank Negara Malaysia

Tingkat 13C

P.O. Box 10922

50929 Kuala Lumpur

Tel: 03-2698 8044

Fax: 03-2693 4051

BAHAGIAN I – TAKRIFAN

Kecuali diperlukan oleh konteks, takrifan berikut akan diguna pakai:

1. **“Syarikat” / “Kami”** bermaksud PRUDENTIAL ASSURANCE MALAYSIA BERHAD.
2. **“Pemegang Polisi Induk”** bermaksud UNITED OVERSEAS BANK (MALAYSIA) BHD.
3. **“Polisi”** bermaksud Polisi Asas antara Pemegang Polisi Induk dengan Kami, sebarang rider, adendum, borang cadangan, endorsemen, Sijil Insurans, sebarang pindaan yang ditandatangani oleh Syarikat, permohonan yang dilampirkan untuk Pemegang Polisi Induk dan permohonan individu untuk penyertaan, pernyataan oleh Pakar Perubatan, dan soal selidik Ahli Yang Diinsuranskan yang membentuk kontrak antara parti- parti tersebut.
4. **“Tarikh Masuk”** bermaksud tarikh yang dinyatakan dalam Sijil Insurans dan yang mana seorang Ahli Yang Layak menjadi seorang Ahli Yang Diinsuranskan.
5. **“Ahli-ahli Yang Layak”** bermaksud ahli-ahli yang layak memilih untuk menyertai pelan insurans di bawah Polisi selepas memenuhi syarat-syarat kelayakan dalam Bahagian II Seksyen A.
6. **“Tarikh Tamat Tempoh”** bermaksud tarikh yang dinyatakan dalam Sijil Insurans dan di mana perlindungan insurans di bawah Sijil Insurans tamat untuk Ahli Yang Diinsuranskan.
7. **“Sijil Insurans”** bermaksud Sijil Insurans yang dikeluarkan oleh Syarikat untuk Ahli Yang Diinsuranskan, yang dihuraikan dengan lebih lanjut dalam Bahagian V Seksyen B.
8. **“Ahli Yang Diinsuranskan”** bermaksud Ahli-ahli Yang Layak yang menyertai pelan insurans di bawah Polisi dan di mana Sijil Insurans telah dikeluarkan.
9. **“Pinjaman”** bermaksud pinjaman yang diambil oleh Ahli-ahli Yang Layak dari Pemegang Polisi Induk.
10. **“Manfaat Penyakit Membawa Maut Lain”** bermaksud jumlah manfaat yang boleh dibayar dan dibayar berikutan dengan semua polisi lain yang dikeluarkan oleh Syarikat melindungi Ahli Yang Diinsuranskan yang mengalami Penyakit Membawa Maut.
11. **“Jumlah Diinsuranskan”** bermaksud amaun yang dinyatakan dalam Bahagian III Seksyen A.
12. **“Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai”** bermaksud amaun yang dinyatakan dalam Sijil Insurans yang mana ia berkurangan secara bulanan daripada Jumlah Diinsuranskan bagi Manfaat Kematian yang dinyatakan dalam Jadual Sijil Insurans, dalam bulan di mana Ahli Yang Diinsuranskan meninggal dunia, mengalami Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal atau Penyakit Membawa Maut mengikut peruntukan dalam Polisi.
13. **“Pakar Perubatan”** bermaksud pengamal perubatan berdaftar yang layak dan berlesen dengan Majlis Perubatan bagi negara yang berkenaan untuk mengamalkan perkhidmatan perubatan dan pembedahan, tetapi mengecualikan Pakar Perubatan yang merupakan Ahli Yang Diinsuranskan sendiri atau suami, isteri, ahli keluarga atau saudara Ahli Yang Diinsuranskan.
14. **“Keadaan Sedia Ada”** bermaksud mana-mana keadaan atau ketidakupayaan yang Ahli Yang Diinsuranskan mengetahui sewajarnya sebelum Tarikh Masuk. Ahli Yang Diinsuranskan boleh dikira mempunyai pengetahuan sewajarnya mengenai suatu keadaan sedia ada jika ketidakupayaan, penyakit dan/atau keadaan tersebut merupakan satu yang mana:
 - (a) Ahli Yang Diinsuranskan telah menerima atau sedang menerima rawatan;
 - (b) nasihat perubatan, diagnosis, jagaan atau rawatan telah disyorkan;
 - (c) simptom yang jelas dan tetap dapat atau telah dilihat dengan nyata; atau
 - (d) kewujudannya dapat diperhatikan dengan jelas bagi orang waras yang mengalami keadaan itu.
15. **“Penyakit Membawa Maut”** bermaksud Ahli Yang Diinsuranskan mengalami keadaan yang pada pendapat Pakar Perubatan ianya dijangka mengakibatkan kematian dalam tempoh dua belas (12) bulan dan di mana Ahli Yang Diinsuranskan seharusnya tidak menerima rawatan yang aktif selain daripada untuk menghilangkan rasa sakit.

16. **“Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal”** bermaksud:

- (a) Umur lapan belas (18) tahun dan ke atas tetapi di bawah umur enam puluh satu (61) tahun
 - (i) Kehilangan upaya sepenuhnya untuk melibatkan diri dalam sebarang pekerjaan dan melakukan sebarang kerja untuk mendapatkan gaji atau keuntungan;
 - (ii) Kehilangan penglihatan kedua-dua belah mata secara penuh dan tidak boleh dipulihkan lagi;
 - (iii) Kehilangan dengan putusnya satu anggota badan pada atau atas pergelangan tangan dan kaki, atau dua anggota badan pada atau atas pergelangan tangan atau kaki secara penuh dan tidak boleh dipulihkan lagi; atau
 - (iv) Kehilangan penglihatan sebelah mata dan kehilangan dengan putusnya satu anggota badan pada atau atas pergelangan tangan atau kaki secara penuh dan tidak boleh dipulihkan lagi.

ATAU

- (b) Umur enam puluh satu (61) tahun dan ke atas tetapi di bawah umur tujuh puluh (70) tahun bagi Ahli Yang Diinsuranskan, ia bermaksud pengesahan oleh Pakar Perubatan mengenai kehilangan kehidupan bermandiri berkekalan untuk tempoh minimum enam (6) bulan dan menyebabkan ketidakupayaan tetap untuk melakukan sekurang-kurangnya tiga (3) dari Aktiviti Harian Kehidupan yang berikut sama ada dengan atau tanpa menggunakan peralatan mekanikal, peranti khas atau lain-lain bantuan dan penyesuaian yang digunakan untuk orang hilang upaya.

Aktiviti Kehidupan Harian adalah:

- (i) Pengalihan
Duduk dan bangun dari kerusi tanpa memerlukan bantuan fizikal.
- (ii) Pergerakan
Keupayaan untuk bergerak dari bilik ke bilik tanpa memerlukan sebarang bantuan fizikal.
- (iii) Buang Air / Penggunaan Tandas
Keupayaan untuk mengawal fungsi buang air besar dan buang air kecil demi menjaga kebersihan diri.
- (iv) Berpakaian
Memakai dan menanggalkan semua pakaian yang perlu tanpa memerlukan bantuan orang lain.
- (v) Mandi / Membasuh diri
Keupayaan untuk membersihkan diri di tempat mandi tab atau mandi pancuran (termasuk masuk atau keluar dari tempat mandi tab atau mandi pancuran) atau membersihkan diri dengan mana-mana cara yang lain.
- (vi) Makan
Semua tugas memasukkan makanan ke dalam badan setelah ia disediakan.

Dalam semua kes di bawah (a) atau (b) yang dinyatakan di atas, hilang upaya tersebut mestilah kekal dan berlanjutan bagi tempoh minimum enam (6) bulan berturut-turut.

Untuk tujuan takrifan “Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal”, perkataan “kekal” bermaksud di luar harapan pemulihan dengan pengetahuan perubatan dan teknologi terkini.

17. **Cukai** bermaksud

- (a) cukai barang dan perkhidmatan;
- (b) nilai tambahan cukai;
- (c) cukai penggunaan; atau
- (d) sebarang cukai, duti, bayaran atau penguatkuasaan lain yang berkaitan dengan apa saja nama yang dipanggil; yang boleh dikenakan atau dicaj di bawah undang-undang dan peraturan-peraturan, atau kaedah-kaedah serta panduan-panduan yang lain daripada pihak berkuasa yang berkaitan.

18. Perkataan yang membawa maksud jantina lelaki termasuk jantina perempuan, yang mana konteks memerlukan.

19. Perkataan dalam format tunggal boleh ditafsirkan untuk termasuk format majmuk dan sebaliknya, yang mana konteks memerlukan.

BAHAGIAN II - KELAYAKAN AHLI DAN PENAMATAN

Seksyen A – Kelayakan

1. Ahli-ahli Yang Layak adalah orang yang mengambil pinjaman UOB dan mestilah berumur antara lapan belas (18) dan enam puluh enam (66) tahun pada hari jadi akan datang (termasuk kedua-dua umur tersebut) pada Tarikh Masuk.

Seksyen B – Penamatan

1. Insurans di sini untuk Ahli Yang Diinsuranskan akan tamat:
 - (a) pada Tarikh Tamat Tempoh;
 - (b) pada tarikh di mana Ahli Yang Diinsuranskan meninggal dunia;
 - (c) apabila Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai atau baki Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai, yang mana berkenaan, dikurangkan sepenuhnya akibat kelulusan tuntutan di bawah Sijil Insurans;
 - (d) apabila Sijil Insurans bagi Ahli Yang Diinsuranskan diserahkan;
 - (e) pada tarikh di mana Sijil Insurans bagi Ahli Yang Diinsuranskan atau Polisi ditamatkan berikutan dengan Bahagian V Seksyen N;

yang mana lebih awal.

BAHAGIAN III – PERUNTUKAN TENTANG MANFAAT

Seksyen A – Jumlah Diinsuranskan

Jumlah Diinsuranskan seperti yang dinyatakan dalam Sijil Insurans bagi Ahli Yang Diinsuranskan adalah merupakan asas untuk menentukan Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai.

Seksyen B – Manfaat Kematian

1. Tat kala Kami menerima bukti yang cukup tentang kematian Ahli Yang Diinsuranskan, berserta dengan dokumen maklumat tuntutan yang berkaitan dan maklumat yang Kami minta untuk menilai tuntutan dan juga untuk menentukan punca dan keadaan kematian Ahli Yang Diinsuranskan, Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai atau baki Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai, yang mana berkenaan, dalam bulan di mana Ahli Yang Diinsuranskan meninggal dunia akan dibayar secara sekali gus oleh Syarikat, tertakluk kepada peruntukan dalam Polisi.
2. Baki Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai, jika ada, selepas membayar Manfaat Penyakit Membawa Maut dan/atau Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal akan berkurangan secara bulanan seperti yang ditentukan oleh Syarikat. Baki Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai akan dibayar, tertakluk kepada terma-terma dan syarat-syarat dalam seksyen ini, sekiranya Ahli Yang Diinsuranskan yang mengalami Penyakit Membawa Maut dan/atau Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal kemudiannya meninggal dunia semasa Sijil Insurans ini masih berkuatkuasa. Baki Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai bermaksud baki jumlah selepas menolak jumlah yang dibayar dan/atau yang akan dibayar untuk Penyakit Membawa Maut dan/atau Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal daripada Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai.

Seksyen C – Manfaat Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal

1. Jika Ahli Yang Diinsuranskan yang telah diterima untuk perlindungan Manfaat Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal (“TPD”) mengalami TPD sebelum ulang tahun Tarikh Masuk di mana Ahli Yang Diinsuranskan mencapai umur tujuh puluh (70) tahun pada hari jadi akan datang semasa diinsuranskan, dan hilang upaya tersebut berterusan untuk sekurang-kurangnya enam (6) bulan secara berturut-turut, Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai atau baki Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai atau Jumlah Diinsuranskan untuk Manfaat TPD yang dinyatakan dalam Sijil Insurans, yang mana amaun lebih rendah, dalam bulan di mana Ahli Yang Diinsuranskan mengalami Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal akan dibayar oleh Syarikat, tertakluk kepada peruntukan dalam Polisi.

Di mana jumlah yang dibayar di bawah Manfaat TPD:

- (a) adalah kurang daripada atau bersamaan dengan RM1,000,000, Kami akan membayar secara sekali gus; atau
- (b) lebih daripada RM1,000,000, Kami akan membayar:

- (i) bayaran sekali gus sebanyak RM1,000,000; dan
 - (ii) asalkan Kami mempunyai bukti mengenai keadaan TPD Ahli Yang Diinsuranskan yang berterusan, Kami akan membayar baki Manfaat TPD pada ulang tahun pertama TPD Ahli Yang Diinsuranskan. Walau bagaimanapun, sekiranya Ahli Yang Diinsuranskan meninggal dunia sebelum ulang tahun pertama TPD, Kami akan membayar baki Manfaat TPD tersebut kepada mana-mana orang yang layak.
2. Baki Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai, jika ada, selepas membayar Manfaat Penyakit Membawa Maut akan berkurangan secara bulanan seperti yang ditentukan oleh Syarikat. Baki Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai akan dibayar, tertakluk kepada terma-terma dan syarat-syarat dalam seksyen ini, sekiranya Ahli Yang Diinsuranskan yang mengalami Penyakit Membawa Maut kemudiannya mengalami Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal sebelum Tarikh Tamat Tempoh semasa Sijil Insurans berkenaan masih berkuatkuasa. Baki Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai bermaksud baki jumlah selepas menolak jumlah yang dibayar dan/atau yang akan dibayar untuk Penyakit Membawa Maut daripada Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai.
3. Selepas menghantar notis untuk tuntutan, Ahli Yang Diinsuranskan mestilah menjalani pemeriksaan perubatan oleh seorang Pakar Perubatan yang dilantik oleh Syarikat apabila diminta oleh Syarikat. Untuk menilai tuntutan, Ahli Yang Diinsuranskan mungkin tertakluk kepada lebih dari satu pemeriksaan perubatan yang dijalankan oleh Pakar Perubatan yang kami lantik. Bayaran Manfaat TPD (atau mana-mana bakinya) adalah tertakluk kepada bukti ketidakupayaan Ahli Yang Diinsuranskan yang berterusan. Sekiranya bukti tersebut tidak diberikan atau sekiranya Ahli Yang Diinsuranskan enggan atau gagal menjalani mana-mana pemeriksaan perubatan apabila perlu, Ahli Yang Diinsuranskan tersebut akan dianggap berhenti serta-merta daripada mengalami keadaan TPD yang berterusan, dan tidak akan ada sebarang bayaran lanjut atau baki Manfaat TPD ini.

Seksyen D – Manfaat Penyakit Membawa Maut

1. Jika Ahli Yang Diinsuranskan yang telah diterima untuk perlindungan Manfaat Penyakit Membawa Maut, mengalami Penyakit Membawa Maut semasa diinsuranskan, Syarikat akan, dalam hayat Ahli Yang Diinsuranskan dan tertakluk kepada peruntukan dalam Polisi, membayar secara sekali gus Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai atau baki Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai atau Jumlah Diinsuranskan untuk Penyakit Membawa Maut yang dinyatakan dalam Jadual Sijil Insurans, yang mana amaun lebih rendah dalam bulan di mana Ahli Yang Diinsuranskan mengalami Penyakit Membawa Maut, dengan memberikan bukti kepada Syarikat. Kami mesti menerima bukti yang Kami perlukan untuk menilai tuntutan itu semasa dia masih hidup. Ahli Yang Diinsuranskan harus membayar sebarang kos yang terlibat.
2. Manfaat Penyakit Membawa Maut tidak terpakai atau tidak dibayar sekiranya simptom Penyakit Membawa Maut wujud sebelum atau dalam masa tiga puluh (30) hari dari Tarikh Masuk.
3. Mana-mana Pakar Perubatan yang Kami lantik mestilah dibenarkan untuk memeriksa Ahli Yang Diinsuranskan dan menjalankan apa-apa ujian yang Kami perlukan sebagai sebahagian daripada penilaian tuntutan. Sekiranya Ahli Yang Diinsuranskan gagal atau enggan untuk menjalani pemeriksaan atau ujian, Kami boleh menolak untuk membayar tuntutan tersebut.
4. Jumlah maksimum yang Syarikat akan bayar untuk Manfaat Penyakit Membawa Maut dan Manfaat Membawa Maut Yang Lain adalah Ringgit Malaysia Dua Juta (RM2,000,000.00). Syarikat tidak akan membayar apa-apa manfaat di bawah seksyen ini di mana Manfaat Penyakit Membawa Maut Yang Lain telah mencapai atau melebihi RM2 juta.
5. Baki Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai, jika ada, selepas membayar Manfaat Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal akan berkurangan secara bulanan seperti yang ditentukan oleh Syarikat. Baki Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai akan dibayar, tertakluk kepada terma-terma dan syarat-syarat dalam seksyen ini, sekiranya Ahli Yang Diinsuranskan yang mengalami Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal kemudiannya mengalami Penyakit Membawa Maut semasa Sijil Insurans ini masih berkuatkuasa. Baki Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai bermaksud baki jumlah selepas menolak jumlah yang dibayar dan/atau yang akan dibayar untuk Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal daripada Jumlah Diinsuranskan Yang Diguna Pakai.

Seksyen E – Pengecualian

1. Manfaat Kematian dalam Seksyen B adalah jumlah bersamaan dengan jumlah premium yang dibayar berkenaan dengan Ahli Yang Diinsuranskan tanpa faedah sahaja bagi kematian Ahli Yang Diinsuranskan yang disebabkan oleh atau berkaitan dengan:
 - (a) bunuh diri sama ada secara cubaan atau disengajakan dalam keadaan siuman atau tidak siuman; atau
 - (b) sebarang Keadaan Sedia Ada dalam tempoh satu tahun dari Tarikh Masuk.
2. Manfaat Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal dalam Seksyen C tidak akan dibayar berkenaan dengan mana-mana keadaan/penyakit/kecederaan/peristiwa yang secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh atau berkaitan dengan:
 - (a) sebarang cubaan membunuh diri atau kecederaan diri yang disengajakan, sama ada cubaan atau sengaja dalam keadaan siuman atau tidak siuman;
 - (b) terlibat dalam penerbangan udara selain daripada sebagai juruterbang atau anak kapal atau sebagai penumpang yang membayar tambang dalam pesawat penumpang komersil berlesen yang beroperasi melalui laluan yang dijadualkan saja;
 - (c) sebarang penyertaan dalam aktiviti sukan udara seperti peluncuran gantung, menaiki belon terbang, terjun dengan payung terjun, terjun udara, terjun bungee dan aktiviti lain seumpamanya; atau
 - (d) sebarang Keadaan Sedia Ada.
3. Manfaat Penyakit Membawa Maut dalam Seksyen D tidak akan dibayar berkenaan dengan mana-mana Penyakit Membawa Maut yang secara langsung atau tidak langsung disebabkan oleh:
 - (a) cubaan bunuh diri atau kecederaan diri yang disengajakan oleh Ahli Yang Diinsuranskan semasa siuman atau tidak siuman;
 - (b) ketagihan alkohol, pengambilan alkohol, narkotik atau dadah melainkan diambil seperti yang dipreskripsikan oleh seorang Pakar Perubatan;
 - (c) kecelaruan mental, termasuk dan tidak terhad kepada Anoroxia Nervosa, Keresahan, Kemurungan, Mania, Neurosis, Paranoia, Psikosis dan Skizofrenia; atau
 - (d) sebarang Keadaan Sedia Ada.

Seksyen F – Pemeriksaan

1. Sebagai sebahagian daripada penilaian tuntutan, Kami mungkin memerlukan:
 - (a) Ahli Yang Diinsuranskan untuk menjalani pemeriksaan yang dilakukan oleh Pakar Perubatan yang Kami lantik;
 - (b) Ahli Yang Diinsuranskan menjalani lebih dari satu pemeriksaan yang dilakukan oleh Pakar Perubatan yang Kami lantik;
 - (c) pemeriksaan yang termasuk ujian darah atau ujian lain.
2. Sekiranya Ahli Yang Diinsuranskan gagal menjalani pemeriksaan yang Kami minta, Kami akan menolak tuntutan tersebut.

Seksyen G – Bayaran

1. Apa-apa wang yang dibayar di bawah Polisi harus digunakan untuk membayar sebarang amaun yang Ahli Yang Diinsuranskan hutang kepada Pemegang Polisi Induk. Wang berbayar yang terlebih daripada hutang atau wang berbayar di mana tiada hutang kepada Pemegang Polisi Induk akan dibayar kepada Ahli Yang Diinsuranskan sekiranya dia masih hidup, jika tidak, kepada orang yang layak menerimanya.

Seksyen H – Nilai Serahan

1. Pemegang Polisi Induk boleh menyerahkan perlindungan insurans berkenaan dengan mana-mana Ahli Yang Diinsuranskan mengikut Polisi sebelum Tarikh Tamat Tempoh yang dinyatakan dalam Sijil Insurans dengan memberi arahan bertulis kepada Syarikat dan mengembalikan Sijil Insurans asal tersebut kepada Syarikat.
2. Tat kala penyerahan bagi mana-mana perlindungan insurans mengikut Polisi, Syarikat akan membayar nilai serahan selepas menolak sebarang amaun yang Ahli Yang Diinsuranskan hutang.

BAHAGIAN IV – PERUNTUKAN TENTANG PREMIUM

Seksyen A – Bayaran Premium

Premium tunggal adalah dibayar oleh Ahli Yang Diinsuranskan kepada Kami, di mana Pemegang Polisi Induk harus mengutip premium daripada Ahli Yang Diinsuranskan dan kemudiannya membayar jumlah premium yang dikutip kepada Kami.

BAHAGIAN V – PERUNTUKAN AM

Seksyen A – Kontrak

1. Semua pernyataan yang dibuat oleh Pemegang Polisi Induk, atau oleh Ahli Yang Diinsuranskan akan dalam keadaan tiada penipuan, dianggap sebagai representasi dan bukan jaminan. Tiada pernyataan akan digunakan oleh Syarikat untuk membatalkan Sijil Insurans, Polisi atau sebagai pebelaan terhadap tuntutan di bawah Polisi, melainkan ia dibuat secara bertulis menurut permohonan untuk Polisi.
2. Hak-hak Pemegang Polisi Induk atau Ahli Yang Diinsuranskan atau mana-mana benefisiari di bawah Polisi tidak akan terjejas oleh apa-apa peruntukan kecuali peruntukan yang terkandung dalam Polisi.
3. Tiada orang kecuali kakitangan yang diberi kuasa oleh Syarikat mempunyai hak kuasa untuk mengubah atau meminda Polisi, untuk menerima premium yang tertunggak atau memanjangkan tempoh bagi pembayaran premium, mengetepikan mana-mana notis atau bukti tuntutan yang diperlukan oleh Polisi, atau untuk memanjangkan tarikh yang mana notis atau bukti tersebut mesti diberikan. Tiada perubahan dalam Polisi akan menjadi sah kecuali jika ia diluluskan oleh Syarikat dan Pemegang Polisi Induk dan dibuktikan oleh endorsemen, atau pindaan yang ditandatangani oleh Syarikat dan Pemegang Polisi Induk.
4. Tiada pihak boleh menyerahhak, memindahkan atau menggadai semua atau mana-mana hak atau kewajipan di bawah Polisi tanpa persetujuan bertulis daripada pihak yang satu lagi.
5. Syarikat boleh mengubah atau meminda peruntukan dalam Polisi dengan memberi notis bertulis kepada Pemegang Polisi Induk, jika perubahan atau permindaan tersebut diwajibkan atau diperlukan oleh sebab mana-mana undang-undang atau peraturan atau oleh mana-mana penguasa kawal selia atau badan kawal selia.

Seksyen B – Sijil Insurans

1. Syarikat akan mengeluarkan dan menghantarkan Sijil Insurans individu kepada setiap Ahli Yang Diinsuranskan untuk mengesahkan bahawa orang yang berkenaan tersebut telah menjadi seorang Ahli Yang Diinsuranskan di bawah Polisi.
2. Jika terdapat percanggahan antara peruntukan dalam Polisi Induk (merujuk kepada Polisi Asas antara Pemegang Polisi Induk dengan Kami, termasuk sebarang rider, adendum, endorsemen, pindaan yang ditandatangani oleh Syarikat) dengan Sijil Insurans, peruntukan dalam Polisi Induk akan diguna pakai.

Seksyen C – Salah Nyataan

Jika umur atau tarikh lahir Ahli Yang Diinsuranskan didapati telah disalah nyatakan, Kami akan menggunakan umur sebenar apabila menentukan manfaat yang sepatutnya diberikan dan membuat pelarasan yang sewajarnya pada premium atau manfaat.

Seksyen D – Undang-Undang Yang Diguna Pakai

Polisi, dan semua hak, tanggungjawab dan liabiliti yang dinyatakan di bawah Polisi ini, akan dibaca dan ditentukan dan boleh dikuatkuasakan selaras dengan undang-undang negara di mana Polisi dikeluarkan.

Seksyen E - Prosiding Guaman

Tindakan undang-undang atau ekuiti akan diambil untuk memulihkan Polisi selepas tamat tempoh enam puluh (60) hari selepas bukti tuntutan secara bertulis telah difailkan selaras dengan keperluan dalam Polisi.

Seksyen F – Tidak Boleh Disangkal

Sijil Insurans tidak boleh disangkal kecuali apabila terdapat penipuan, selepas ia telah berkuatkuasa selama dua (2) tahun dalam hayat Ahli Yang Diinsuranskan dari Tarikh Masuk.

Seksyen G – Memfail Tuntutan dan Bukti Kehilangan

Sebelum Syarikat membuat bayaran untuk mana-mana manfaat, bukti yang mengenai sebarang tuntutan mestilah diberikan kepada Syarikat di Ibu Pejabatnya dalam masa sembilan puluh (90) hari dari tarikh kematian, Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal atau tarikh diagnosis menghidap Penyakit Membawa Maut.

Seksyen H – Penamatan Polisi

Polisi boleh ditamatkan sama ada oleh Pemegang Polisi Induk atau Syarikat dengan memberi notis bertulis yang tidak kurang daripada tiga puluh (30) hari kepada pihak satu lagi sebelum penamatan tersebut menjadi efektif.

Sekiranya terdapat penamatan, perlindungan insurans bagi Ahli Yang Diinsuranskan di bawah Sijil Insurans akan berterusan sehingga tarikh tamat bagi tempoh untuk premium yang dibayar berkenaan dengan insuransnya. Penamatan ini tidak akan menjejaskan mana-mana tuntutan di mana tuntutan tersebut berlaku sebelum penamatan ini berkuatkuasa.

Seksyen I – Polisi Tanpa Penyertaan

Polisi tidak berhak menerima sebarang pengagihan keuntungan Syarikat.

Seksyen J – Tempoh Rujukan Percuma

Ahli Yang Diinsuranskan diberi Tempoh Rujukan Percuma sebanyak tiga puluh (30) hari atau tempoh yang lebih panjang seperti yang ditentukan oleh Bank Negara Malaysia selepas tarikh Sijil Insurans dihantarkan untuk mengkaji Sijil Insurans. Jika Ahli Yang Diinsuranskan berputus untuk membatalkan perlindungan di bawah Sijil Insurans, Ahli Yang Diinsuranskan mestilah memaklum kepada Pemegang Polisi Induk dan mengembalikan Sijil Insurans tersebut kepada Syarikat dalam Tempoh Rujukan Percuma. Syarikat harus membayar balik premium yang dibayar selepas menolak sebarang kos perubatan yang telah Syarikat bayar atau bersetuju untuk bayar berkenaan dengan pemeriksaan perubatan Ahli Yang Diinsuranskan. Bayaran balik ini harus dibayar kepada Ahli Yang Diinsuranskan sekiranya Premium tidak dibiayai oleh Pemegang Polisi Induk. Walau bagaimanapun, jika Premium tersebut dibiayai oleh Pemegang Polisi Induk, bayaran balik ini harus dibayar kepada Pemegang Polisi Induk.

Seksyen K – Bukti Umur

Bukti umur perlu dikemukakan sebelum bayaran tuntutan. Sijil Insurans akan menyatakan bahawa umur Ahli Yang Diinsuranskan telah diakui atau tidak. Jika ia belum diakui, Ahli Yang Diinsuranskan perlu menghantar sesalinan kad pengenalan atau sijil lahirnya kepada Kami untuk rekod Kami dengan segera.

Seksyen L – Pertukaran Alamat dan sebarang Maklumat Peribadi Lain

Adalah penting bahawa Ahli Yang Diinsuranskan memaklum kepada Kami alamat surat-menyurat, alamat e-mel dan maklumat hubungan lain Ahli Yang Diinsuranskan serta alamat penama dan pemegang amanah (jika ada) yang terkini supaya Kami boleh memberitahu Ahli Yang Diinsuranskan sebarang maklumat yang penting.

Seksyen M – Cukai

1. Cukai boleh dikenakan atau dinaikkan, pada bila-bila masa ke atas premium, caj atau bayaran lain yang dikenakan terhadap Ahli Yang Diinsuranskan untuk Sijil Insurans ini. Sekiranya begitu, Ahli Yang Diinsuranskan hendaklah membayar Cukai berkenaan mengikut kadar semasa yang tersedia.
2. Dalam Sijil Insurans ini, Cukai bermaksud:
 - (a) cukai barangan dan perkhidmatan;
 - (b) nilai tambahan cukai
 - (c) cukai penggunaan; atau
 - (d) sebarang cukai, duti bayaran atau penguatkuasaan lain yang berkaitan;

yang boleh dikenakan atau dicaj di bawah undang-undang dan peraturan-peraturan, atau kaedah-kaedah serta panduan-panduan yang lain daripada pihak berkuasa yang berkaitan.

Seksyen N - Salah Nyataan / Penipuan

1. Jika jawapan, penyertaan, atau maklumat yang dibekalkan oleh Pemegang Polisi Induk atau Ahli Yang Diinsuranskan sebelum Sijil Insurans dibuat, diubah atau diperbaharui didapati palsu, salah nyataan atau mengelirukan, atau jika Pemegang Polisi Induk atau Ahli Yang Diinsuranskan gagal membekalkan maklumat seperti yang diperlukan, Kami mempunyai hak untuk membatalkan Sijil Insurans atau melaksanakan sebarang hak yang Kami pegang seperti yang dinyatakan dalam Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 atau sebarang undang-undang yang menggantikan Akta ini.
2. Sekiranya sebarang tuntutan yang dibuat oleh Pemegang Polisi Induk atau Ahli Yang Diinsuranskan adalah bersifat penipuan atau dibesar-besarkan, atau sebarang pengakuan palsu dibuat untuk menyokong tuntutan ini, Kami mempunyai hak untuk membatalkan Polisi atau Sijil Insurans Ahli Yang Diinsuranskan (yang mana berkenaan).

Seksyen O – Notis-notis

1. Semua notis mesti dibuat secara bertulis dan akan dianggap sebagai disampaikan kepada Ahli Yang Diinsuranskan jika ia dihantarkan atau dihantar atau ditinggalkan di alamat terakhir Ahli Yang Diinsuranskan atau mana-mana alamat yang Ahli Yang Diinsuranskan berikan kepada Kami secara bertulis. Mana-mana notis yang dihantar melalui pos, akan dianggap sebagai notis bertulis dan diterima tiga (3) hari selepas ia diposkan.
2. Kami boleh memberi Pemegang Polisi Induk atau Ahli Yang Diinsuranskan notis melalui faks, e-mel, pesanan teks atau kaedah elektronik. Kami juga boleh berikan Pemegang Polisi Induk atau Ahli Yang Diinsuranskan notis melalui kaedah yang lain, jika Kami anggap keadaannya adalah bersesuaian selepas mempertimbangkan perkembangan pasaran atas kaedah tersebut. Sebarang notis yang dihantar melalui faks akan dianggap sebagai notis bertulis dan disampaikan apabila Kami menerima pengesahan transmisi. Jika notis dihantar melalui e-mel atau pesanan teks atau kaedah elektronik atau mana-mana kaedah lain, ia akan dianggap sebagai notis bertulis dan disampaikan pada hari perniagaan berikutnya selepas penghantaran.
3. Semua notis dan/atau tuntutan mesti disampaikan kepada Kami secara bertulis. Ia hanya akan dianggap sebagai disampaikan jika ia disampaikan sendiri, atau disampaikan melalui pos berdaftar yang dialamatkan kepada Ibu Pejabat Kami, atau ia telah disampaikan kepada Kami, dan Kami telah sebenarnya menerimanya. Rujukan kepada Nombor Polisi Induk dan Nombor Sijil Insurans dalam Sijil Insurans mestilah ditulis dalam sebarang notis dan/atau tuntutan untuk ia menjadi sah.

Seksyen P- Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil Daripada Aktiviti Haram

1. Tanpa menghiraukan apa yang mungkin Kami nyatakan dalam Polisi ini, (i) jika Kami mendapat tahu, atau dimaklumkan bahawa Pemegang Polisi Induk, Ahli yang Diinsuranskan, atau mana-mana pemilik benefisial yang dinamakan di peringkat pemohonan insurans, penama, benefisiari, mana-mana individu atau entiti yang dikaitkan dengan Polisi ini, disenaraikan dalam mana-mana senarai Sanksi, atau diancam untuk disenaraikan dalam mana-mana senarai Sanski, atau (ii) jika Kami atau mana-mana bank atau mana-mana pihak ketiga berkenaan mungkin didapati melanggar kewajipan di bawah Sanski akibat pengambilan apa-apa tindakan di bawah Polisi ini, maka Kami boleh:
 - (a) menamatkan Polisi ini dengan serta-merta dengan memberi notis atau tanpa memberi notis kepada Pemegang Polisi Induk dan Ahli yang Diinsuranskan; dan / atau

- (b) mengambil apa-apa tindakan yang Kami anggap berpadanan, termasuk tetapi tidak terhad kepada memaklumkan pihak kerajaan berkuasa yang berkaitan, menahan apa-apa pembayaran, membekukan apa-apa wang yang dibayar kepada Kami, dan menyerahkan apa-apa pembayaran atau wang kepada pihak kerajaan berkuasa yang berkaitan.
2. Kami tidak akan bertanggungjawab ke atas sebarang kerugian dalam apa jua keadaan yang Pemegang Polisi Induk, Ahli yang Diinsuranskan, atau sesiapa sahaja yang mungkin dapat sebagai akibat Kami mengambil sebarang langkah menurut seksyen ini. Seksyen ini, dan keberhakan Kami untuk menuntut sebarang kerugian yang Kami dapat berikutan dengan operasi seksyen ini, akan tetap berkuatkuasa walaupun selepas Polisi ini ditamatkan.

Bagi tujuan seksyen ini, “Sanksi” bermaksud:

langkah sekatan yang dijatuhkan terhadap suatu rejim, negara-negara, kerajaan-kerajaan, entiti-entiti, individu-individu dan industri yang menjadi target, oleh badan antarabangsa atau kerajaan di Malaysia atau di luar Malaysia, termasuk tetapi tidak terhad kepada Office of Financial Sanctions Implementation HM Treasury, Bangsa-bangsa Bersatu, Kesatuan Europah, Office of Foreign Assets Control bagi Jabatan Perbendaharaan Amerika Syarikat, dan Kementerian Dalam Negari di Malaysia

**Seksyen Q – Notis kepada Ahli-ahli Yang Diinsuranskan
(Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan dan Perkhidmatan Pelanggan)**

1. **Perkhidmatan Pelanggan**
Kami berkomited untuk membekalkan servis berkualiti kepada semua pelanggan Kami. Sila menghubungi Wakil Perkhidmatan Pelanggan Kami jika anda mempunyai sebarang pertanyaan berkaitan dengan Polisi. Anda boleh menghubungi Kami melalui telefon di 03-2771 0228 pada waktu pejabat, 8.30am - 5.15pm; Isnin sehingga Jumaat.
2. **Kesedaran Pengguna**
BNMLINK dan BNMTELELINK membekalkan perkhidmatan pelanggan untuk pertanyaan umum dan aduan awam dalam perkara-perkara yang berkaitan dengan sector kewangan. Selain itu, ia juga membekalkan maklumat mengenai aspek pengawalseliaan produk insurans dan servis. BNMLINK and BNMTELELINK boleh dihubungi dalam alamat berikut:

BNMLINK

(Pusat Khidmat Pelanggan Jumpa Terus)
Tingkat Bawah, Blok D,
Jalan Dato' Onn,
50480 Kuala Lumpur
Waktu Beroperasi: 9.00pagi-5.00petang (Isnin-Jumaat)

BNMTELELINK

Jabatan LINK & Pejabat Wilayah
Bank Negara Malaysia
Peti Surat 10922
50929 Kuala Lumpur
Tel: 1-300-88-5465 (LINK)
Faks: 03-2174 1515
E-mel: bnmtelelink@bnm.gov.my

3. **Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan**
Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan adalah ditubuhkan untuk menawarkan perlindungan pengguna kepada pemegang polisi, dan menyelesaikan pertikaian berhubung penyelesaian tuntutan di antara syarikat insurans dan pengguna/pemegang polisi. Mana-mana pemegang polisi yang tidak berpuas hati dengan keputusan syarikat insurans boleh menulis kepada ombudsman di alamat berikut:

Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan

(Dahulu dikenali sebagai Ombudsman Perkhidmatan Kewangan)
No Syarikat: 200401025885
Tingkat 14, Blok Utama
Menara Takaful Malaysia
No.4, Jalan Sultan Sulaiman
50000 Kuala Lumpur

Talian Am: +603-2272 2811

Laman Web: www.fmos.org.my

4. Jabatan LINK & Pejabat Wilayah
Jabatan LINK & Pejabat Wilayah di Bank Negara Malaysia mengawasi dan memantau pengaduan dan pertanyaan am mengenai insurans dan yang berkaitan dengan insurans. Jabatan LINK & Pejabat Wilayah boleh dihubungi di alamat berikut:

Jabatan LINK & Pejabat Wilayah
Bank Negara Malaysia
Tingkat 13C
Peti Surat 10922
50929 Kuala Lumpur
Tel: 03-2698 8044
Faks: 03-2693 4051