



Health / Medical Insurance



GREAT Med Care

(This is an insurance product)



**Great
Eastern**

An OCBC Company

Great Eastern General Insurance (Malaysia) Berhad (198301007025)
(102249-P)

Member of PIDM

The benefit(s) payable under eligible policy is(are) protected by PIDM up to limits. Please refer to PIDM's TIPS Brochure or contact Great Eastern General Insurance (Malaysia) Berhad or PIDM (visit www.pidm.gov.my).

Lifelong Comprehensive Care Tailored to Your Health Journey

Your health journey is unique, and it deserves a solution that provides lifelong, comprehensive care. Designed to adapt to your evolving needs, this plan offers high annual limits, flexible coverage options, and guaranteed renewability up to 85 years. Whether it's hospitalization, specialist consultations, or post-treatment care, it's your trusted partner, safeguarding your health at every stage of life.

Comprehensive Coverage



Comprehensive coverage at affordable premium with RM500 co-payment

Access a broad range of medical services with an affordable premium and a simple RM500 co-payment. Helping you manage healthcare costs effectively while ensuring essential care is always within reach.



No Lifetime Limit

Enjoy unlimited protection with no lifetime cap, ensuring you have continuous access to healthcare services throughout your lifetime without the worry of exhausting your benefits.



Living Care Allowance benefit

Receive a Living Care Allowance benefit to assist with long-term care needs, providing you with financial support for ongoing medical expenses related to chronic or critical conditions.



Intraocular Lens benefit

This benefit covers the cost of intraocular lenses, ensuring that you receive essential treatment for vision correction after cataract surgery, supporting your recovery and quality of life.



Optional Deductible available

Choose an optional deductible to reduce your premium cost, giving you the flexibility to manage your healthcare expenses while maintaining comprehensive coverage.



Good Health Discount

Enjoy a 10% discount on your annual premium upon sign up when you fulfill all health requirements.

Note:

For all benefits listed above, terms & conditions apply.

Schedule of Benefits

Benefits	Plan (RM)			
	GX500	GX300	GX250	GX200
SECTION A				
1. Hospital Room and Board (Limit per day, subject to a max. of 180 days)	500	300	250	200
2. Intensive Care Unit (Subject to a max. of 45 days)	As charged subject to Overall Annual Limit provided the charges made are Reasonable and Customary subject to ACT*			
3. Hospital Supplies and Services				
4. Surgical Fees (Subject to a max. of 90 days)				
5. Daycare Procedure (Subject to a max. of 90 days)				
6. Anaesthetist Fee				
7. Operating Theatre				
8. In-hospital Physician Visit (Limited to two (2) visits per day, up to max. of 180 days)				
9. Pre-hospital Diagnostic Test (Within 60 days preceding hospitalisation)				
10. Pre-hospital Specialist Consultation (Within 60 days preceding hospitalisation)				
11. Post-hospitalisation Treatment (For non-surgical and within 90 days from discharge)				
12. Ambulance Fees (By road only)				
13. Organ Transplant				
14. Intraocular Lens (Per lifetime)	12,000	10,000	8,000	5,000
15. Medical Report	200			
16. Reg/ Admin/ Billing/ Dispensing/ Med Record/ Misc Fee/ ID Bands	200	100	100	100
17. Prevailing Government Tax (If applicable)	Yes			
Co-Payment Per Policy Year (Apply to item 1 to 17)	500			
SECTION B				
B1. Daily Cash Allowance at Malaysian Government Hospital (Subject to a max. of 180 days)	350	300	200	100
B2. Overall Maximum Limit for Malaysian Government Hospital Admission (Not subject to any limit except the Room & Board limit and Overall Annual Limit)	500,000	200,000	100,000	60,000
B3. Emergency Accidental Outpatient Treatment (Within 24 hours after the accident and inclusive of follow-up treatment up to 60 days)	3,000	2,000	1,500	1,000
B4. Emergency Accidental Dental Outpatient Treatment (Within 24 hours after the accident and inclusive of follow-up treatment up to 60 days)	3,000	3,000	3,000	1,000
B5. Annual Out-Patient Cancer Treatment	200,000	100,000	50,000	30,000
B6. Annual Out-Patient Kidney Dialysis Treatment	200,000	100,000	50,000	30,000
B7. Living Care Allowance (Per lifetime)	10,000			
OVERALL ANNUAL LIMIT (Section A and Section B Combined)	500,000	200,000	100,000	60,000

Note:
For terms and conditions of the benefits, please refer to the policy contract.

Optional Deductible Per Policy Year

For greater flexibility in managing your premiums, you can choose an optional deductible. By selecting a higher deductible, you can enjoy significant discounts on your premium. Refer to the table below for the available deductible options and their respective discounts.

Optional Deductible Per Policy Year (RM)	Discount on Premium (%)
2,000	5
3,500	10
5,000	15
7,000	25
15,000	40
20,000	50

Premium

Individual Plan – Male

Annual Premium (RM)				
ANB	GX 500	GX 300	GX 250	GX 200
1 - 6	2,740	2,295	2,125	1,610
7 - 10	1,111	933	865	659
11 - 19	1,210	1,015	941	717
20 - 25	1,392	1,168	1,082	823
26 - 30	1,756	1,473	1,364	1,036
31 - 35	1,939	1,625	1,505	1,142
36 - 40	2,873	2,406	2,228	1,688
41 - 45	3,101	2,596	2,404	1,821
46 - 50	3,784	3,168	2,933	2,220
51 - 55	5,531	4,628	4,284	3,240
56 - 60	9,214	7,707	7,133	5,390
61 - 65	9,886	8,269	7,653	5,783
66 - 70*	18,404	15,390	14,241	10,756
71 - 75*	22,581	18,882	17,472	13,195
76 - 80*	27,365	22,882	21,173	15,988
81 - 85*	37,998	31,770	29,397	22,196

*Applicable for renewal only.

Individual Plan – Female

Annual Premium (RM)				
ANB	GX 500	GX 300	GX 250	GX 200
1 - 6	2,493	2,088	1,934	1,466
7 - 10	860	723	671	513
11 - 19	936	787	730	557
20 - 25	1,164	977	906	690
26 - 30	1,468	1,231	1,141	867
31 - 35	1,620	1,358	1,259	956
36 - 40	2,303	1,930	1,787	1,355
41 - 45	3,442	2,882	2,668	2,020
46 - 50	4,202	3,517	3,256	2,464
51 - 55	5,531	4,628	4,284	3,240
56 - 60	8,379	7,009	6,487	4,903
61 - 65	10,088	8,437	7,808	5,900
66 - 70*	16,733	13,993	12,949	9,780
71 - 75*	20,530	17,167	15,886	11,997
76 - 80*	27,365	22,882	21,173	15,988
81 - 85*	37,998	31,770	29,397	22,196

*Applicable for renewal only.

Note:

1. The premium rates are valid only for Malaysian nationality residing in Malaysia. Non-Malaysian residents residing in Malaysia are subject to Company's review and approval.
2. The above premiums are inclusive of commissions and third party administrator (TPA) fees but not inclusive of 8% Government tax (if applicable) and RM10.00 Stamp Duty.
3. This is a guaranteed renewal product regardless of changes to your health as long as premiums are paid on the policy.
4. Your renewal premium is not guaranteed and may be revised when your age is in a higher age band. We may also revise your renewal premium on portfolio basis based on our overall claims experience or other commercial decision such as increasing medical costs. Any revision to the premium and/or product benefit will be notified in writing by the Company at least thirty (30) days before the revision.
5. All quoted premium rates are based on standard health status. Loading will be imposed on obesity and other health conditions, as well as occupational risks and other factors.

- Total premium payable may vary depending on the choices of deductible.
- Parents may enrol their child/children below the age of sixteen (16) as an additional Insured Person under their Policy.

What are some of the key terms and conditions that I should be aware of?



Importance of Disclosure

You must disclose all material facts such as your medical condition and occupation which would affect the risk profile and number of hospital and surgical insurance policies that you have purchased from other insurance companies.



Eligibility

- Malaysian nationality residing in Malaysia.**
Non-Malaysian residents residing in Malaysia are subject to Company's review and approval
- At entry (for Insured):**
 - Minimum – 16 age next birthday
 - Maximum – 65 age next birthday
- At entry (for Insured's Spouse):**
 - Minimum – 16 age next birthday
 - Maximum – 65 age next birthday
- At entry (for Insured's Child):**
 - Minimum – 30 days attained age
 - Maximum – 16 age next birthday or 23 age next birthday (if attending tertiary education, who is unmarried, unemployed and wholly dependent on the Insured for support)

Renewable up to age 85 age next birthday (for insured, and for insured's spouse unless legally separated from the insured)



Free-look Period

If this policy have been issued and for any reason whatsoever that you decide not to take up the policy, you may return the policy to us for cancellation provided such request for cancellation is delivered by you to us within fifteen (15) days from the date of delivery of the policy. You are entitled to the return of the full premium paid less deduction of medical expenses incurred by us in the issuance of the policy.



Grace Period

We will allow the policyholder thirty (30) days herein known as "Grace Period" for the payment of each premium falling due after the first policy year. During this Grace Period, the Company will keep this policy in force. The policyholder shall be liable to pay to the Company the premium for the renewal of the policy. If any claims occur during this period, the outstanding premium must be paid to the Company in full before we settle the claim. If any premium is not paid in respect of this policy before end of the Grace Period, the policy shall be deemed as terminated at the expiry date of the policy.



Change in Risk

You shall give immediate notice in writing to us of any material change in your occupation, business, duties or pursuits. Upon receipt of such notification, we reserve the right to impose certain terms and conditions or terminate the policy or require you to pay any additional premium that may be required by us.

If there is a change in risk at the time of an incurred disability giving rise to a valid claim under this policy, and we receive no notification of such change, we reserve the right to:

- Refuse the claim; or
- Reduce the claim amount payable proportionately by the differing percentage in the premium charged under the policy if the change in risk warrants a higher premium to be charged under the policy.



Upgraded room and board co-payment

If you are hospitalised at a published room & board rate which is higher than your eligible benefit, you shall bear the difference in the hospital room & board charges as well twenty percentage (20%) of the other eligible benefits or as described in the schedule of benefits.



Claim Procedures

- You shall within thirty (30) days of a disability that incurs claimable expenses, give written notice to us stating full particulars of such event, including all original bills and receipts, and a full medical practitioner's report stipulating the diagnosis of the condition treated and the date the disability commenced in the medical practitioner's opinion and the medical practitioner's summary of the cost of treatment including medicines and services rendered. Failure to furnish such notice within the time allowed shall not invalidate any claim if it is shown not to have been reasonably possible to furnish such notice and that such notice was furnished as soon as was reasonably possible.
- You shall immediately procure and act on proper medical advice and we shall not be held liable in the event a treatment or service becomes necessary due to your failure to do so.



Pre-existing Illness

Shall mean disabilities that existed before the effective date of insurance 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 has received or is receiving treatment;
- b. medical advice, diagnosis, care of treatment has been recommended;
- c. clear and distinct symptoms are or were evident;
- 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 twenty (120) days of Insurance of the insured person:

- a. hypertension, diabetes mellitus and Cardiovascular disease;
- b. all tumours, Cancer(s), 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; and/or
- g. any disease of the autoimmune system.



Waiting Period

Shall mean the first thirty (30) days between the beginning of an insured person's disability and the commencement of the policy date/ reinstatement date and is applied only when the person is first covered. However, if there is a break in insurance, the waiting period will apply again.



Residence Overseas

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



Overseas Treatment

If the insured person elects to or is referred to be treated outside Malaysia by an attending physician, benefits in respect of the treatment shall be limited to the reasonable and customary and medically necessary charges for such equivalent local treatment in Malaysia and shall exclude the cost of transport to the place of treatment.



Deductible Per Policy Year

Shall mean the monetary amount as stated in the policy on the incurred eligible expenses that the policyholder or insured person must bear before any eligible benefits can be indemnified. Only the eligible amount exceeding this deductible will be payable under this policy. This deductible is applicable to per policy year.

Note:

This list is non-exhaustive. Please refer to the policy contract for full terms and conditions under this policy.

What are the major exclusions under this policy?

This policy does not cover certain losses, such as:



Pre-existing illness.



Specified illnesses during the first one-hundred and twenty (120) days of cover.



Maternity and complications arising from pregnancy.



Congenital abnormalities.



Injuries or illness arising from racing or hazardous sports.



Cosmetics or plastic surgery.



Dental work or treatment including oral surgery unless necessitated by a covered accident.



War, terrorism, radiation or contamination by radioactivity, nuclear weapons material.



HIV and/or HIV related illness including AIDS.



Self-inflicted injury.

Note:

This list is non-exhaustive. Please refer to the policy contract for the full list of exclusions.

Can I cancel my policy?

You may cancel your policy by giving written notice at least fourteen (14) days prior and provided that no claims have been made during the current policy year, you are entitled to a refund of premium calculated based on our usual short-term rates (excluding the Government Tax).

What do I need to do if there are changes to my contact/ personal details?

It is important that you inform the Company of any change in your contact details to ensure that all correspondences reach you in a timely manner, and any change in your lifestyle including your occupation which would affect the risk profile.

Frequently Asked Questions

1. When will my policy be effective?

Your policy will be effective upon underwriting approval and receipt of your full premium payment. However, waiting period of thirty (30) days shall be applicable.

2. What is the RM500 co-payment and/or Optional Deductible and how does it apply?

The RM500 co-payment and /or Optional deductible chosen refers to the monetary amount for incurred eligible expenses that you must bear before any eligible benefits can be indemnified. This co-payment and/or Optional Deductible is applicable to Section A (items 1 to 17) and not applicable for Section B (items B1 to B7) under the Schedule of Benefits.

This co-payment/deductible limit does not apply for emergency treatment, including in accident cases, outpatient treatment for follow-up treatments arising from critical illnesses such as for cancer or kidney dialysis and treatment sought at a Malaysian Government healthcare facility.

3. What happens if my policy has lapsed and I want to reapply?

You will be subjected to fresh underwriting requirement and exclusion on pre-existing illness, specified illnesses and thirty (30) days waiting period shall starts all over again.

4. How can I be entitled to the Good Health Discount of ten (10) percent discount on the annual premium charged?

You have to submit the latest Executive Health Screening Report which is not more than three (3) months screening results documented with good health conditions and free from any adverse findings or treatment required or borderline health conditions and meet the Company's underwriting acceptance criteria. In the event of a claim made this will be withdrawn in the subsequent renewal and you will have to pay the normal published standard premium thereof.

5. Are there any conditions for Living Care Allowance?

In order to benefit from the Living Care allowance, the claim must be certified in writing by a licensed Physician on the insured's permanent inability to perform at least three (3) of the Activities of Daily Living (inability to transfer, mobility, continence, dressing, bathing/washing, eating). This benefit is only payable after ninety (90) days deferment period from the first day after being certified. The Company shall not pay the benefit if your inability to perform the Activities of Daily Living continuously occurs for less than ninety (90) days.

IMPORTANT NOTICE

All the defined terms in this brochure shall have the same meaning as the definitions in the Policy Contract. Pursuant to Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, you are to disclose to your agent/intermediary fully and faithfully, all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued may be invalidated.

This brochure is for general information only. It is not a contract of insurance. You are advised to refer to the Product Disclosure Sheet for detailed important features and benefits of the plan before purchasing the plan. You should satisfy yourself that the plan(s) will best serve your needs and the premium payable under the Policy is an amount that you can afford.

If you switch your medical policy from one company to another or if you exchange your current medical policy with another medical policy within the same company, you may be required to submit an application where the acceptance of your proposal will be subject to the terms and conditions to be imposed at the time of policy switching or replacement.

Unless renewed, the coverage will cease on expiry date and We shall strictly not be liable for any expenses that take place after the expiry date.

You are advised to keep the receipt as proof of payment of premium.

Your policy will be issued within thirty (30) working days upon satisfaction of completeness of your application duly approved and accepted with premium duly paid.

For further information, reference shall be made to the terms and conditions specified in the Policy Contract.

Great Eastern General Insurance (Malaysia) Berhad (198301007025) (102249-P) is licensed under the Financial Services Act 2013 and is regulated by Bank Negara Malaysia.

In the event of any ambiguity, discrepancy or omission between the English text and other translated text, the English text shall prevail.

For more information, please contact our Customer Service Careline at **1300-1300-88**.



Insurans Kesihatan / Perubatan



GREAT Med Care

(Ini ialah produk insurans)



Great Eastern General Insurance (Malaysia) Berhad (198301007025)
(102249-P)

Ahli PIDM

Manfaat-manfaat yang dibayar di bawah polisi yang layak adalah dilindungi oleh PIDM sehingga had perlindungan. Sila rujuk Brosur Sistem Perlindungan Manfaat Takaful dan Insurans PIDM atau hubungi Great Eastern General Insurance (Malaysia) Berhad atau PIDM (layari www.pidm.gov.my).

Perlindungan Komprehensif Sepanjang Hayat Yang Memenuhi Keperluan Kesihatan Anda

Perjalanan kesihatan anda adalah unik dan memerlukan perlindungan komprehensif sepanjang hayat. Direka untuk memenuhi keperluan anda yang sentiasa berkembang, pelan ini menawarkan had tahunan yang tinggi, pilihan perlindungan yang fleksibel, serta jaminan pembaharuan sehingga usia 85 tahun. Sama ada untuk rawatan di hospital, konsultasi pakar, atau penjagaan selepas rawatan, pelan ini ialah rakan yang boleh dipercayai untuk menjaga keperluan kesihatan anda di setiap peringkat kehidupan.

Perlindungan Komprehensif



Perlindungan komprehensif dengan premium berpatutan serta bayaran bersama sebanyak RM500

Nikmati akses kepada pelbagai perkhidmatan perubatan dengan premium yang berpatutan serta bayaran bersama sebanyak RM500. Pelan ini membantu anda mengurus kos penjagaan kesihatan secara efektif sambil memastikan penjagaan asas sentiasa dalam jangkauan anda.



Tiada Had Sepanjang Hayat

Nikmati perlindungan tanpa had sepanjang hayat yang memastikan anda mempunyai akses berterusan kepada perkhidmatan penjagaan kesihatan seumur hidup anda tanpa perlu bimbang tentang kehabisan manfaat.



Manfaat Elaun Penjagaan Hidup

Anda akan menerima manfaat Elaun Penjagaan Hidup untuk membantu anda memenuhi keperluan penjagaan jangka panjang. Ia menawarkan sokongan kewangan untuk perbelanjaan perubatan berterusan yang berkaitan dengan keadaan kronik atau kritikal.



Manfaat Lensa Intraokular

Manfaat ini merangkumi kos kanta intraokular supaya anda menerima rawatan penting untuk pembetulan penglihatan selepas pembedahan katarak bagi menyokong pemulihan dan peningkatan kualiti hidup anda.



Opsyen Deduktibel Disediakan

Anda boleh memilih opsyen deduktibel untuk mengurangkan kos premium anda. Ciri ini menawarkan fleksibiliti untuk mengurangkan perbelanjaan penjagaan kesihatan sambil mengekalkan perlindungan komprehensif.



Diskaun Kesihatan Baik

Nikmati diskaun 10% atas premium tahunan anda semasa pendaftaran apabila anda memenuhi semua keperluan kesihatan.

Nota:

Semua manfaat yang dinyatakan di atas tertakluk pada terma dan syarat.

Jadual Manfaat

Manfaat		Pelan (RM)			
		GX500	GX300	GX250	GX200
SEKSYEN A					
1. Bilik dan Penginapan di Hospital (Had sehari, tertakluk pada maksimum 180 hari)	180 hari)	500	300	250	200
2. Unit Rawatan Rapi (Tertakluk pada maksimum 45 hari)		Mengikut caj tertakluk pada Had Tahunan Keseluruhan dengan syarat caj adalah Munasabah dan Biasa serta tertakluk pada ACT*			
3. Bekalan dan Perkhidmatan					
4. Yuran Pembedahan (Tertakluk pada maksimum 90 hari)					
5. Prosedur Rawatan Jagaan Harian (Tertakluk pada maksimum 90 hari)					
6. Yuran Pakar Bius					
7. Bilik Bedah					
8. Lawatan Doktor Di Hospital (Terhad kepada dua (2) lawatan sehari, sehingga maksimum 180)					
9. Ujian Diagnostik Pra-Hospital (Dalam 60 hari sebelum kemasukan hospital)	hospital)				
10. Konsultasi Pakar Pra-Hospital (Dalam 60 hari sebelum kemasukan hospital)	hospital)				
11. Rawatan Selepas Kemasukan Hospital (Untuk bukan pembedahan dan dalam masa 90 hari selepas keluar hospital)	hospital)				
12. Yuran Ambulans (Melalui jalan raya sahaja)					
13. Pemindahan Organ					
14. Kanta Intraokular (Seumur hidup)		12,000	10,000	8,000	5,000
15. Laporan Perubatan		200			
16. Yuran Pendaftaran/ Pentadbiran/ Pengebilan/ Pendispensan/ Rekod Perubatan/ Lain-lain Yuran/ Gelang ID		200	100	100	100
17. Cukai Kerajaan Semasa (jika berkenaan)		Yes			
Bayaran Bersama Setiap Tahun Polisi (Dikenakan kepada item 1 hingga 17)		500			
SEKSYEN B					
B1. Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan Malaysia (Tertakluk pada maksimum 180 hari)		350	300	200	100
B2. Had Maksimum Keseluruhan untuk Kemasukan Hospital Kerajaan (Tidak tertakluk pada sebarang had kecuali had Bilik & Penginapan dan Had Tahunan Keseluruhan)	Malaysia	500,000	200,000	100,000	60,000
B3. Rawatan Pesakit Luar Kecemasan Akibat Kemalangan (Dalam masa 24 jam selepas kemalangan dan termasuk rawatan susulan)	sehingga 60 hari)	3,000	2,000	1,500	1,000
B4. Rawatan Gigi Pesakit Luar Kecemasan Akibat Kemalangan (Dalam masa 24 jam selepas kemalangan dan termasuk rawatan susulan)	sehingga 60 hari)	3,000	3,000	3,000	1,000
B5. Rawatan Kanser Pesakit Luar Tahunan		200,000	100,000	50,000	30,000
B6. Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar Tahunan		200,000	100,000	50,000	30,000
B7. Elaun Penjagaan Hidup (Seumur hidup)		10,000			
HAD TAHUNAN KESELURUHAN (Gabungan Seksyen A dan Seksyen B)		500,000	200,000	100,000	60,000

Nota:
Untuk terma dan syarat manfaat, sila rujuk kontrak polisi.

Jadual Deduktibel Opsyen Bagi Setiap Tahun

Demi pengurusan premium yang lebih fleksibel, anda boleh memilih opsyen deduktibel. Dengan memilih deduktibel yang lebih tinggi, anda boleh menikmati diskaun premium yang ketara. Rujuk jadual di bawah untuk opsyen deduktibel yang disediakan dan kadar diskaun masing-masing.

Opsyen Deduktibel Bagi Setiap Tahun Polisi (RM)	Diskaun Premium (%)
2,000	5
3,500	10
5,000	15
7,000	25
15,000	40
20,000	50

Premium

Pelan Individu – Lelaki

Premium Tahunan (RM)				
ANB	GX 500	GX 300	GX 250	GX 200
1 - 6	2,740	2,295	2,125	1,610
7 - 10	1,111	933	865	659
11 - 19	1,210	1,015	941	717
20 - 25	1,392	1,168	1,082	823
26 - 30	1,756	1,473	1,364	1,036
31 - 35	1,939	1,625	1,505	1,142
36 - 40	2,873	2,406	2,228	1,688
41 - 45	3,101	2,596	2,404	1,821
46 - 50	3,784	3,168	2,933	2,220
51 - 55	5,531	4,628	4,284	3,240
56 - 60	9,214	7,707	7,133	5,390
61 - 65	9,886	8,269	7,653	5,783
66 - 70*	18,404	15,390	14,241	10,756
71 - 75*	22,581	18,882	17,472	13,195
76 - 80*	27,365	22,882	21,173	15,988
81 - 85*	37,998	31,770	29,397	22,196

*Sah untuk pembaharuan sahaja.

Pelan Individu - Wanita

Premium Tahunan (RM)				
ANB	GX 500	GX 300	GX 250	GX 200
1 - 6	2,493	2,088	1,934	1,466
7 - 10	860	723	671	513
11 - 19	936	787	730	557
20 - 25	1,164	977	906	690
26 - 30	1,468	1,231	1,141	867
31 - 35	1,620	1,358	1,259	956
36 - 40	2,303	1,930	1,787	1,355
41 - 45	3,442	2,882	2,668	2,020
46 - 50	4,202	3,517	3,256	2,464
51 - 55	5,531	4,628	4,284	3,240
56 - 60	8,379	7,009	6,487	4,903
61 - 65	10,088	8,437	7,808	5,900
66 - 70*	16,733	13,993	12,949	9,780
71 - 75*	20,530	17,167	15,886	11,997
76 - 80*	27,365	22,882	21,173	15,988
81 - 85*	37,998	31,770	29,397	22,196

*Sah untuk pembaharuan sahaja.

Nota:

- Kadar premium ini hanya sah untuk warganegara Malaysia yang menetap di Malaysia. Pemastautin bukan warganegara Malaysia yang menetap di Malaysia tertakluk pada penilaian dan kelulusan Syarikat.
- Premium di atas termasuk komisen dan yuran pentadbir pihak ketiga (TPA) tetapi tidak termasuk cukai Kerajaan sebanyak 8% (jika berkenaan) dan Duti Setem RM10.00.
- Ini ialah produk pembaharuan dijamin tanpa mengira perubahan kesihatan anda selagi premium dibayar dalam tempoh polisi.
- Premium pembaharuan anda tidak dijamin dan mungkin disemak semula apabila umur anda memasuki kumpulan umur yang lebih tinggi. Kami juga boleh menyemak semula premium pembaharuan anda berdasarkan pengalaman tuntutan portfolio keseluruhan kami atau keputusan komersial lain seperti peningkatan kos perubatan. Sebarang semakan semula premium dan/atau manfaat produk akan dimaklumkan secara bertulis oleh Syarikat sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari sebelum pelaksanaan perubahan.

5. Semua kadar premium yang dinyatakan adalah berdasarkan status kesihatan standard. Bebanan premium akan dikenakan ke atas individu yang mengalami obesiti dan keadaan kesihatan tertentu, serta risiko pekerjaan dan faktor-faktor lain.
6. Jumlah premium yang perlu dibayar mungkin berbeza bergantung pada opsyen deduktibel.
7. Ibu bapa boleh mendaftarkan anak atau anak-anak mereka yang berumur di bawah enam belas (16) tahun sebagai Individu Tambahan Yang Diinsuranskan di bawah Polisi mereka.

Apakah terma dan syarat penting yang perlu saya ketahui?



Kepentingan Pendedahan

Anda mesti mendedahkan semua fakta penting seperti keadaan kesihatan dan pekerjaan anda yang boleh mempengaruhi profil risiko serta bilangan polisi insurans hospital dan pembedahan yang telah anda beli daripada syarikat insurans lain.



Kelayakan

- **Warganegara Malaysia yang menetap di Malaysia.** Pemastautin bukan warganegara Malaysia yang menetap di Malaysia tertakluk pada penilaian dan kelulusan Syarikat.
- **Semasa Penyertaan (untuk Orang Yang Diinsuranskan):**
 - a. Minimum –16 tahun pada hari lahir berikutnya
 - b. Maksimum –65 tahun pada hari lahir berikutnya
- **Semasa Penyertaan (untuk Pasangan Orang Yang Diinsuranskan):**
 - a. Minimum –16 tahun pada hari lahir berikutnya
 - b. Maksimum –65 tahun pada hari lahir berikutnya
- **Semasa Penyertaan (untuk Anak Orang Yang Diinsuranskan):**
 - a. Minimum –Mencapai usia 30 hari
 - b. Maksimum –16 tahun pada hari lahir berikutnya atau 23 tahun pada hari lahir berikutnya (sekiranya sedang melanjutkan pendidikan tinggi, belum berkahwin, tidak bekerja dan bergantung sepenuhnya pada Orang Yang Diinsuranskan untuk sokongan)

Boleh diperbaharui sehingga umur 85 tahun pada hari lahir berikutnya (untuk Orang Yang Diinsuranskan, dan Pasangan Orang Yang Diinsuranskan kecuali telah bercerai secara sah daripada Orang Yang Diinsuranskan).



Tempoh Percubaan Percuma

Sekiranya polisi ini telah diterbitkan dan atas apa jua sebab anda memutuskan untuk tidak meneruskan polisi ini, anda boleh memulangkan polisi tersebut kepada kami untuk pembatalan dengan syarat permintaan untuk pembatalan tersebut dihantar kepada kami dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh penerimaan polisi. Anda berhak untuk menerima kembali sepenuhnya premium yang telah dibayar, selepas ditolak perbelanjaan perubahan yang ditanggung oleh kami semasa penerbitan polisi tersebut.



Tempoh Tangguh

Kami akan memberikan Pemegang Polisi tempoh tiga puluh (30) hari yang dikenali sebagai “Tempoh Tangguh” untuk pembayaran setiap premium yang perlu dibayar selepas tahun polisi pertama. Dalam tempoh ini, Syarikat akan mengekalkan polisi ini dalam keadaan berkuat kuasa. Pemegang Polisi bertanggungjawab untuk membayar premium kepada Syarikat bagi pembaharuan polisi. Sekiranya sebarang tuntutan berlaku dalam tempoh ini, premium tertunggak mesti dijelaskan sepenuhnya kepada Syarikat sebelum kami menyelesaikan tuntutan tersebut. Sekiranya sebarang premium berkenaan dengan polisi ini tidak dibayar sebelum tamat Tempoh Tangguh, polisi ini akan dianggap tamat pada tarikh tamat tempoh polisi.



Perubahan Risiko

Anda mesti memberikan notis bertulis kepada kami dengan segera sekiranya terdapat sebarang perubahan material dalam pekerjaan, perniagaan, tugas atau kegiatan Anda. Setelah menerima makluman tersebut, kami berhak mengenakan terma dan syarat tertentu atau menamatkan polisi, atau meminta Anda membayar sebarang premium tambahan yang mungkin kami kehendaki.

Sekiranya terdapat perubahan risiko pada masa berlakunya ketidakupayaan yang membawa kepada tuntutan yang sah di bawah polisi ini, dan kami tidak menerima makluman mengenai perubahan tersebut, kami berhak:

- a. Menolak tuntutan; atau
- b. Mengurangkan amaun tuntutan yang perlu dibayar mengikut kadar peratusan perbezaan premium yang dikenakan di bawah polisi sekiranya perubahan risiko tersebut akan dikenakan premium yang lebih tinggi di bawah polisi.



Pembayaran Bersama untuk Naik Taraf Bilik dan Penginapan

Sekiranya Anda dimasukkan ke hospital pada kadar terbitan bilik dan penginapan yang lebih tinggi daripada manfaat yang Anda layak, Anda hendaklah menanggung perbezaan dalam caj bilik dan penginapan hospital serta dua puluh peratus (20%) daripada manfaat lain yang layak atau seperti yang dinyatakan dalam jadual manfaat.



Prosedur Tuntutan

- Anda mestilah, dalam tempoh tiga puluh (30) hari selepas berlakunya ketidakupayaan yang menyebabkan perbelanjaan yang boleh dituntut, memberi notis bertulis kepada kami dengan menyatakan butiran penuh kejadian tersebut, termasuk semua bil dan resit asal, serta laporan penuh pengamal perubatan yang menentukan diagnosis keadaan yang dirawat dan tarikh ketidakupayaan bermula menurut pendapat pengamal perubatan, serta ringkasan kos rawatan termasuk ubat-ubatan dan perkhidmatan yang diberikan. Kegagalan untuk memberi notis sedemikian dalam tempoh yang dibenarkan tidak akan membatalkan sebarang tuntutan sekiranya dapat ditunjukkan bahawa adalah tidak munasabah untuk memberi notis tersebut dan notis tersebut diberikan secepat mungkin secara munasabah.
- Anda mestilah memperoleh dan bertindak atas nasihat perubatan yang sesuai dengan segera. Kami tidak akan bertanggungjawab atas rawatan atau perkhidmatan yang timbul kerana kegagalan Anda untuk berbuat demikian.



Penyakit Sedia Ada

Ia merujuk kepada ketidakupayaan yang telah wujud sebelum tarikh berkuat kuasa insurans dan diketahui secara munasabah oleh Orang Yang Diinsuranskan. Orang Yang Diinsuranskan boleh dianggap mempunyai pengetahuan yang munasabah mengenai penyakit sedia ada apabila berada di bawah salah satu keadaan berikut:

- a. Orang Yang Diinsuranskan telah atau sedang menerima rawatan;
- b. nasihat perubatan, diagnosis, penjagaan atau rawatan telah disyorkan;
- c. gejala yang jelas dan ketara telah atau sedang wujud;
- d. kewujudannya jelas bagi seseorang yang munasabah dalam keadaan tersebut.



Penyakit-penyakit Tertentu

Ia merujuk kepada ketidakupayaan berikut dan komplikasi berkaitan yang berlaku dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama perlindungan insurans Orang Yang Diinsuranskan:

- a. hipertensi, diabetes melitus dan penyakit Kardiovaskular;
- b. semua jenis tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu dalam sistem urinari dan sistem biliari;
- c. semua keadaan berkaitan telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak;
- d. hernia, buasir, fistula, hidrosele, varikosele;
- e. endometriosis termasuk penyakit sistem reproduktif;
- f. gangguan vertebro-spina (termasuk cakera) dan keadaan lutut; dan/atau
- g. sebarang penyakit sistem autoimun.



Tempoh Menunggu

Ia merujuk kepada tempoh tiga puluh (30) hari pertama antara permulaan ketidakupayaan Orang Yang Diinsuranskan dan tarikh permulaan polisi/tarikh pemulihan semula, dan hanya berkuat kuasa apabila individu tersebut dilindungi untuk pertama kali. Walau bagaimanapun, sekiranya perlindungan insurans terhenti, tempoh menunggu akan berkuat kuasa semula.



Permastautinan Luar Negara

Tiada sebarang manfaat akan dibayar bagi sebarang rawatan perubatan yang diterima oleh Orang Yang Diinsuranskan di luar Malaysia sekiranya individu tersebut menetap atau berada di luar Malaysia selama lebih daripada sembilan puluh (90) hari berturut-turut.



Rawatan di Luar Negara

Sekiranya Orang Yang Diinsuranskan memilih atau dirujuk oleh doktor yang merawat untuk menerima rawatan di luar Malaysia, manfaat bagi rawatan tersebut akan terhad kepada caj yang munasabah, lazim dan perlu dari segi perubatan bagi rawatan setara di Malaysia, dan tidak termasuk kos pengangkutan ke tempat rawatan.



Amaan Yang Boleh Ditolak bagi Setiap Tahun Polisi

Ia merujuk kepada amaun yang dinyatakan dalam polisi untuk perbelanjaan yang layak ditanggung, yang mesti dibayar oleh pemegang polisi atau Orang Yang Diinsuranskan sebelum sebarang manfaat yang layak boleh diberikan. Hanya amaun yang melebihi amaun boleh ditolak ini akan dibayar di bawah polisi ini. Amaun boleh ditolak ini berkuat kuasa atas setiap tahun polisi.

Nota:

Senarai ini tidak lengkap. Sila rujuk kontrak polisi untuk terma dan syarat penuh di bawah polisi ini.

Apakah pengecualian utama di bawah polisi ini?

Polisi ini tidak melindungi kerugian tertentu, seperti:



Keadaan sedia ada.



Penyakit tertentu dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama perlindungan.



Kehamilan dan komplikasi yang timbul akibat kehamilan.



Keabnormalan kongenital.



Kecederaan atau penyakit yang timbul daripada perlumbaan atau sukan berbahaya.



Pembedahan kosmetik atau plastik.



Rawatan pergigian termasuk pembedahan oral kecuali jika diperlukan akibat kemalangan yang dilindungi.



Perang, terorisme, sinaran atau pencemaran radioaktif, bahan senjata nuklear.



HIV dan/atau penyakit berkaitan HIV termasuk AIDS.



Kecederaan yang disengajakan sendiri.

Nota:

Senarai ini tidak lengkap. Sila rujuk kontrak polisi untuk senarai penuh pengecualian di bawah polisi ini.

Bolehkah saya membatalkan polisi saya?

Anda boleh membatalkan polisi Anda dengan memberikan notis bertulis sekurang-kurangnya empat belas (14) hari sebelum pembatalan dan dengan syarat tiada tuntutan dibuat dalam tahun polisi semasa. Anda berhak memperoleh bayaran balik premium yang dikira berdasarkan kadar jangka pendek biasa kami (tidak termasuk Cukai Kerajaan).

Apakah yang perlu saya lakukan jika terdapat perubahan maklumat perhubungan/peribadi saya?

Adalah penting untuk Anda memaklumkan kepada Syarikat mengenai sebarang perubahan maklumat perhubungan Anda bagi memastikan semua urusan surat-menyurat sampai kepada Anda tepat pada masanya, serta sebarang perubahan dalam gaya hidup Anda termasuk pekerjaan yang boleh mempengaruhi profil risiko.

Soalan-soalan Lazim

1. Bilakah polisi saya akan berkuat kuasa?

Polisi Anda akan berkuat kuasa setelah diluluskan oleh penaja jamin dan bayaran premium Anda diterima sepenuhnya. Walau bagaimanapun, tempoh tangguh selama tiga puluh (30) hari akan berkuat kuasa.

2. Apakah bayaran bersama RM500 dan/atau Opsyen Deduktibel dan bagaimana ia berkuat kuasa?

Bayaran bersama RM500 dan/atau Opsyen Deduktibel yang dipilih merujuk kepada amaun minimum wajib untuk perbelanjaan layak yang perlu anda tanggung sebelum sebarang manfaat yang layak boleh dibayar. Bayaran bersama dan/atau Opsyen Deduktibel ini berkuat kuasa atas Seksyen A (item 1 hingga 17) dan tidak berkuat kuasa atas Seksyen B (item B1 hingga B7) seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.

Had pembayaran bersama/deduktibel ini tidak berkuat kuasa atas rawatan kecemasan, termasuk kes kemalangan, rawatan pesakit luar untuk rawatan susulan yang berpunca daripada penyakit kritikal seperti kanser atau dialisis buah pinggang, serta rawatan yang diperolehi di kemudahan penjagaan kesihatan Kerajaan Malaysia.

3. Apakah yang berlaku sekiranya polisi saya telah luput dan saya ingin memohon semula?

Anda akan tertakluk pada syarat-syarat penaja jaminan baharu serta pengecualian untuk keadaan sedia ada dan penyakit tertentu, di samping Tempoh Tangguh selama tiga puluh (30) hari akan bermula semula.

4. Bagaimanakah saya layak menikmati Diskaun Kesihatan Baik sebanyak sepuluh (10) peratus atas Premium Tahunan?

Anda perlu mengemukakan Laporan Saringan Kesihatan Eksekutif terkini dengan keputusan saringan yang tidak melebihi tiga (3) bulan. Laporan tersebut mesti menunjukkan keadaan kesihatan yang baik, bebas daripada sebarang penemuan buruk, keperluan mendapat rawatan, atau keadaan kesihatan yang berada di tahap pinggir, serta memenuhi kriteria kelulusan penaja jaminan Syarikat. Sekiranya terdapat tuntutan yang dibuat, diskaun ini akan ditarik balik pada pembaharuan polisi yang seterusnya, dan anda perlu membayar premium standard seperti yang diterbitkan.

5. Apakah syarat untuk Elaun Penjagaan Hidup?

Untuk menerima Elaun Penjagaan Hidup, tuntutan mesti disahkan secara bertulis oleh seorang Doktor Bertauliah bahawa Orang Yang Diinsuranskan mengalami hilang upaya kekal untuk melakukan sekurang-kurangnya tiga (3) daripada Aktiviti Kehidupan Harian (iaitu hilang upaya untuk memindah, bergerak, mengawal pembuangan air, berpakaian, mandi/cuci, makan). Manfaat ini hanya akan dibayar selepas tempoh tangguh selama sembilan puluh (90) hari bermula dari hari pertama selepas disahkan. Syarikat tidak akan membayar manfaat ini sekiranya hilang upaya anda untuk melaksanakan Aktiviti Kehidupan Harian berlaku secara berterusan kurang daripada sembilan puluh (90) hari.

NOTIS PENTING

Takrifan semua istilah dalam risalah ini mempunyai maksud yang sama seperti takrifan dalam Kontrak Polisi. Selaras dengan Perenggan 5 Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, Anda mesti mendedahkan semua fakta yang Anda ketahui atau sepatutnya ketahui kepada ejen/perantara Anda dengan lengkap dan jujur. Jika tidak, polisi yang diterbitkan mungkin terbatal.

Risalah ini adalah untuk maklumat am sahaja. Ia bukan merupakan kontrak insurans. Anda dinasihatkan untuk merujuk Lembaran Pendedahan Produk untuk ciri-ciri penting dan manfaat pelan secara terperinci sebelum membeli pelan ini. Anda hendaklah memastikan bahawa pelan ini memenuhi keperluan Anda dan premium yang perlu dibayar di bawah Polisi adalah jumlah yang Anda mampu.

Sekiranya anda menukar polisi perubatan anda dari satu syarikat ke syarikat lain atau menukar polisi perubatan semasa anda dengan polisi perubatan lain di syarikat yang sama, anda mungkin dikehendaki mengemukakan permohonan baharu. Kelulusan permohonan anda akan tertakluk pada terma dan syarat yang ditetapkan pada waktu pertukaran atau penggantian polisi.

Melainkan polisi diperbaharui, perlindungan akan tamat pada tarikh akhir, dan kami tidak akan bertanggungjawab atas sebarang perbelanjaan yang berlaku selepas tarikh akhir.

Anda disarankan untuk menyimpan resit sebagai bukti pembayaran premium.

Polisi anda akan diterbitkan dalam tempoh tiga puluh (30) hari bekerja selepas permohonan anda yang lengkap diterima dan diluluskan serta premium telah dibayar sepenuhnya.

Untuk maklumat lanjut, sila rujuk terma dan syarat yang dinyatakan dalam Kontrak Polisi.

Great Eastern General Insurance (Malaysia) Berhad (198301007025) dilesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal selia oleh Bank Negara Malaysia.

Sekiranya terdapat sebarang kekeliruan, percanggahan atau peninggalan antara teks Bahasa Inggeris dan teks terjemahan lain, teks Bahasa Inggeris akan dirujuk.

Untuk maklumat lanjut, sila hubungi Talian Khidmat Pelanggan kami di **1300-1300-88**.



健康 / 医疗保险



GREAT Med Care

(此为保险产品)



Great Eastern General Insurance (Malaysia) Berhad (198301007025)
(102249-P)

PIDM 机构成员

PIDM保障合格保险保单下应支付的保险利益至保障限额为止。请参阅PIDM的保险及伊斯兰保险利益保障制度的小册子或联络 Great Eastern General Insurance (Malaysia) Berhad 或PIDM (请浏览www.pidm.gov.my) 。

为您的健康生活之旅量身定制的终身全面护理

您的健康生活之旅是独特的，值得拥有一项终身全面护理的解决方案。此计划专为适应您不断变化的需求，提供高额年度限额、灵活的保障选项，以及保证续保达至85岁。无论是住院、专科咨询还是治疗后的护理，它都是您值得信赖的伙伴，在生命的每个阶段守护您的健康。

全面受保范围



全面保障仅需共付额RM500的可负担保费。

仅需支付可负担的保费与简单的共付额RM500，即可享有广泛的医疗服务。帮助您有效管理医疗费用，同时确保必要的医疗服务伸手可及。



无终身限额

享受终身无上限的无限保障，确保您终身都能持续获得医疗保健服务，而无需担心惠益会被用尽。



生活护理津贴惠益

领取生活护理津贴惠益，以帮助满足长期护理需求，为您提供与慢性病或危重病相关的持续医疗费用提供经济支持。



人工晶状体惠益

此惠益涵盖人工晶状体的费用，确保您在白内障手术后获得必要的视力矫正治疗，支持您的康复和生活质量。



提供免赔额选项

选择免赔额来降低您的保费费用，让您灵活性的管理医疗费用，同时保持全面保障。



良好健康折扣

如果您符合所有健康要求，在签保单时即可享有年度保费10%的折扣。

备注：

上述所有惠益须符合条件与规则。

惠益列表

惠益	计划(RM)			
	GX500	GX300	GX250	GX200
A 部分				
1. 住院与膳食 (每天限额, 最多180天)	500	300	250	200
2. 重症监护室 (最多45天)	根据ACT*, 在年度总限额限制下, 所收取的费用应为合理和惯常的。			
3. 医院供应与服务				
4. 手术费 (最多90天)				
5. 日间护理程序 (最多90天)				
6. 麻醉师费用				
7. 手术室				
8. 住院期间医生就诊 (每天仅限两 (2) 次, 最多180天)				
9. 住院前诊断检测 (住院前60天内)				
10. 住院前专家咨询 (住院前60天内)				
11. 出院后治疗 (非手术治疗和出院后90天内)				
12. 救护车费用 (仅限陆路)				
13. 器官移植				
14. 人工晶状体 (终生一次)	12,000	10,000	8,000	5,000
15. 医疗报告	200			
16. 注册/ 管理/ 账单/ 配药/ 医疗记录/ 杂费/ 身份证识别带	200	100	100	100
17. 现行政府税 (如适用)	存在			
每保单年度共付额 (适用于第1至17项)	500			
B 部分				
B1. 马来西亚政府医院每日现金津贴 (最多180天)	350	300	200	100
B2. 马来西亚政府医院入院最高总限额 (除房间和膳食限额及年度总限额外, 不受其他任何限制)	500,000	200,000	100,000	60,000
B3. 紧急意外门诊治疗 (事故发生后 24小时内, 包括最多 60天以内的后续治疗)	3,000	2,000	1,500	1,000
B4. 紧急意外牙科门诊治疗 (事故发生后 24小时内, 包括最多 60天以内的后续治疗)	3,000	3,000	3,000	1,000
B5. 年度门诊癌症治疗	200,000	100,000	50,000	30,000
B6. 年度门诊洗肾治疗	200,000	100,000	50,000	30,000
B7. 生活护理津贴 (终身)	10,000			
年度总限额 (A 部分和 B 部分合并)	500,000	200,000	100,000	60,000

注明：
有关惠益的条件与规则, 请参阅保单合同。

每保单年度免赔额选项列表

为了更灵活地管理您的保费，您可以选择一个免赔额选项。选择更高的免赔额可以让您享受显著的保费折扣。请参阅以下列表以获取可用的免赔额选项及其相应的折扣。

每保单年度免赔额选项 (RM)	保费折扣 (%)
2,000	5
3,500	10
5,000	15
7,000	25
15,000	40
20,000	50

保费

个人计划-男性

年度保费 (RM)				
ANB	GX 500	GX 300	GX 250	GX 200
1 - 6	2,740	2,295	2,125	1,610
7 - 10	1,111	933	865	659
11 - 19	1,210	1,015	941	717
20 - 25	1,392	1,168	1,082	823
26 - 30	1,756	1,473	1,364	1,036
31 - 35	1,939	1,625	1,505	1,142
36 - 40	2,873	2,406	2,228	1,688
41 - 45	3,101	2,596	2,404	1,821
46 - 50	3,784	3,168	2,933	2,220
51 - 55	5,531	4,628	4,284	3,240
56 - 60	9,214	7,707	7,133	5,390
61 - 65	9,886	8,269	7,653	5,783
66 - 70*	18,404	15,390	14,241	10,756
71 - 75*	22,581	18,882	17,472	13,195
76 - 80*	27,365	22,882	21,173	15,988
81 - 85*	37,998	31,770	29,397	22,196

*仅适用于续保。

个人计划-女性

年度保费 (RM)				
ANB	GX 500	GX 300	GX 250	GX 200
1 - 6	2,493	2,088	1,934	1,466
7 - 10	860	723	671	513
11 - 19	936	787	730	557
20 - 25	1,164	977	906	690
26 - 30	1,468	1,231	1,141	867
31 - 35	1,620	1,358	1,259	956
36 - 40	2,303	1,930	1,787	1,355
41 - 45	3,442	2,882	2,668	2,020
46 - 50	4,202	3,517	3,256	2,464
51 - 55	5,531	4,628	4,284	3,240
56 - 60	8,379	7,009	6,487	4,903
61 - 65	10,088	8,437	7,808	5,900
66 - 70*	16,733	13,993	12,949	9,780
71 - 75*	20,530	17,167	15,886	11,997
76 - 80*	27,365	22,882	21,173	15,988
81 - 85*	37,998	31,770	29,397	22,196

*仅适用于续保。

注明：

1. 保费率仅适用于居住在马来西亚的马来西亚国籍人士。居住在马来西亚的非马来西亚居民须经公司审核和批准。
2. 上述保费已包括佣金与第三方管理费 (TPA)，但不包括8% 的政府税 (如适用) 以及RM10.00的印花税。
3. 这是一项保证续保的产品，只要按保单支付保费，无论您的健康状况如何变化均可续保。
4. 我们不保证您的续保保费不变，且在您进入更高年龄段时可能会进行调整。我们也可能根据我们的整体理赔经验或其他商业决策 (如医疗费用增加)，在保单组合的基础上调整您的续保保费。保费和/或产品惠益的任何调整，均会在调整前至少三十 (30) 天由公司以书面形式通知您。
5. 所有报价的保费标准均基于标准健康状况。对于肥胖和其他健康状况，以及职业风险和其他因素，将会增加保费。
6. 应支付的总保费可能会根据免赔额的选择而有所不同。
7. 父母亲可将其未满十六 (16) 岁的孩子/儿童登记为他们保单中的附加被保险人。

我应该注意哪些关键的条件与规则？



披露的重要性

您必须披露所有重要事实，例如会影响您风险评估的医疗状况与职业，以及您从其他保险公司购买的住院和手术保险的数量。



申请资格

- 居住在马来西亚的马来西亚籍人士。居住在马来西亚的非马来西亚居民须经公司审查和批准。
- 投保时（被保险人）：
 - a. 最低年龄 - 下一个生日满16岁
 - b. 最高年龄 - 下一个生日满65岁
- 投保时（被保险人的配偶）：
 - a. 最低年龄 - 下一个生日满16岁
 - b. 最高年龄 - 下一个生日满65岁
- 投保时（被保险人的孩子）：
 - a. 最低年龄 - 满30天年龄
 - b. 最高年龄 - 下一个生日满16岁或下一个生日满23岁（如果正在接受高等教育，未婚、失业且完全依靠被保险人供养）

可续保至下一个生日满85岁（适用于被保险人及其配偶，除非被保险人与配偶依法分居）。



观察期

若此份保单已发出，因任何原因您决定不接受此保单，您可以在保单交付后的十五（15）天内将保单退还给我们以取消保单。在扣除本公司因签发保单而产生的医疗费用后，您有权要求退还已支付的全额保费。



宽限期

我们将允许保单持有人在此称为“宽限期”的三十（30）天内，支付自第一保单年度之后到期的每个保费。在此宽限期内，公司将保持此保单有效。保单持有人有责任支付公司保单续保的保费。若在此期间发生任何索赔，则必须在我们处理索赔之前，向公司全额支付未缴纳的保费。若在宽限期结束之前未支付与此保单相关的任何保费，此保单将在到期日被视作终止。



风险变化

您应立即以书面形式通知我们您职业、业务、职责或追求上的任何重大变化。收到此通知后，我们保留权利对保单施加某些条件与规则，或终止保单，或要求您支付我们可能要求的任何额外保费。

若在此保单下有效索赔的伤残发生时是存有风险变化，而我们未收到此类变化的通知，我们保留以下权利：

- a. 拒绝索赔；或
- b. 根据保单中因风险变化而需收取更高的保费，则按保费的不同百分比相应减少应支付的索赔金额。



升级的房间与膳食共付额

若您住院的房间及膳食费用高于您符合条件的惠益标准，您将承担医院房间及膳食费用的差额，以及其他符合资格的惠益的百分之二十（20%），或根据惠益附表中的描述承担费用。



索赔程序

- 您应在发生可索赔费用的残疾后三十（30）天内，以书面形式通知我们，说明该事件的详细情况，包括所有原件账单与收据，以及一份完整的医疗从业者报告，注明所治疗病症的诊断及医疗从业者认为残疾开始的日期，并包含医疗从业者对治疗费用，包括药物和提供的服务之总结。若未能在规定时间内提供此类通知，但证明在合理情况下无法提供此通知，并且该通知在合理可能的情况下尽快提供，则不会使任何索赔失效。
- 您应立即获取适当的医疗建议并采取相应行动，若由于您未能这样做而导致需要治疗或服务的情况，我们将不承担责任。



既往疾病

指被保险人合理知晓在保险生效日期之前已存在的残疾。被保险人可以被视为对既往疾病具有合理了解，前提是该疾病属于以下情况：

- a. 被保险人已接受或正在接受治疗；
- b. 已推荐医疗建议、诊断和治疗护理；
- c. 明显且清晰的症状已存在或曾经存在；
- d. 在这种情况下，合理的人会明显察觉到疾病的存在。



特定疾病

指被保险人在投保后的首一百二十 (120) 天内发生的下列残疾及其相关并发症：

- 高血压、糖尿病与心血管疾病；
- 所有肿瘤、癌症、囊肿、结节、息肉、泌尿系统与胆道系统结石；
- 所有耳、鼻（包括鼻窦）及咽喉疾病；
- 疝气、痔疮、瘻管、鞘膜积液、精索静脉曲张；
- 子宫内膜异位症，包括生殖系统疾病；
- 脊椎脊髓疾病（包括椎间盘）与膝关节疾病；及/或
- 任何自身免疫系统疾病。



等待期

指从被保险人的残疾开始与保单生效日/复保日之间的首三十 (30) 天，仅在在该人首次投保时适用。然而，如果保险中断，等待期将再次适用。



海外居住

若被保险人在马来西亚境外居住或旅行连续超过九十 (90) 天，则被保险人在马来西亚境外的任何医疗治疗均不予赔偿。



海外治疗

若被保险人选择或被主治医生推荐在马来西亚以外接受治疗，则有关治疗的赔偿将仅限于在马来西亚当地接受此类同等治疗的合理、惯常和医疗必需的费用，且不包括前往治疗地点的交通费用。



每保单年度免赔额

指保单中规定的保单持有人或被保险人在获得任何合格赔偿之前，必须承担已发生合格费用的金额。在此保单中，只有超过该免赔额的合格金额才可获得赔付。该免赔额适用于每保单年度。

此保单的主要不保事项是什么？

此保单不承保某些损失，例如：



既往疾病。



投保后首一百二十 (120) 天内的特定疾病。



孕产和妊娠并发症。



先天性畸形。



因赛事或危险运动引起的伤害或疾病。



化妆品或整形手术。



牙科治疗或护理，包括口腔手术，除因符合保险范围内而必要进行所引起的意外事故。



战争、恐怖主义、辐射或放射性、核武器材料所造成的污染。



HIV 及/或 HIV 相关疾病，包括艾滋病。



自残。

注明：
此列表并非详尽无遗。请参阅保单合同以获取此保单完整的条件与规则。

注明：
此列表并非详尽无遗。请参阅保单合同以获取完整的不保事项列表。

我可以取消我的保单？

您可以至少提前十四(14)天以通过书面通知取消保单，只要在当前保单年度内未发生索赔，您就有权获得按照我们一般短期费率计算的保费退款(不包括政府税)。

若我的联系方式/个人信息有变动，我需要做什么？

请务必通知公司若您的联系方式有任何变动，以确保所有信件能及时送达，还有您的生活方式有任何变更包括您的职业，这都可能会影响风险评估。

常见问题

1. 我的保单何时生效？

您的保单将在核保批准并收到全额保费付款后生效。无论如何，将适用三十(30)天的等待期。

2. 什么是 RM500 共付额及/或免赔额选项以及如何使用？

RM500 共付额及/或免赔额选项是指在获得任何合格惠益的赔付前，您必须自行承担合格费用。此共付额及/或免赔额选项适用于惠益附表中的 A 部分(第 1 至 17 项)，不适用于 B 部分(第 B1 至 B7 项)。

此共付额/免赔额限额不适用于紧急治疗，包括意外事故、因重大疾病如癌症或肾透析而进行的门诊续诊，以及在马来西亚政府医疗机构接受的治疗。

3. 若保单已失效而我想要重新投保，会发生什么情况？

您将需要重新接受审核要求，并免除于既往疾病、指定疾病以及三十(30)天的等待期将重新开始计算。

4. 我如何能获享年度保费的百分之十(10)的健康优惠折扣？

您必须提交不超过三(3)个月最新行政健康检查报告，该报告记录了良好的健康状况，无任何不良的检查结果或所需的治疗或边缘健康状况，并符合公司的承保接受标准。若发生索赔，此优惠将在随后的续保中撤销，您必须支付正常公布的标准保费。

5. 生活护理津贴是否有任何条件？

为了获得生活护理津贴，必须由持牌医生书面证明被保险人在至少三项日常生活活动(无法自己转移、自由行动、保持大小便、穿衣、洗澡/清洗、进食)方面的永久性失能。此项惠益在被认证后的九十(90)天的等待期之后方可支付。若您在日常生活活动方面的失能连续发生不满九十(90)天，公司将不予支付该惠益。

注明：

此列表并非详尽无遗。请参阅保单合同以获取此保单完整的条件与规则。

重要通知

本册子中所有规定的条款应与保单合约中的规定具有相同的含义。根据2013年金融服务法令附表9第5段，您应将所知道的或应该知道的事实，完全据实告诉银行销售人员，否则保单将会失效。

此册子仅供一般资讯参考而已。它并非保险合同。在此建议您在购买此保险前参阅产品披露表，详细了解它的重要特点与惠益。您必须确定这项保单迎合您的需求，同时保单里的保费也在您的缴纳能力范围内。

如果您将医疗保单转换至另一家公司，或在同一家公司内将当前的医疗保单更换为另一项医疗保单，您必须要再提交申请，而您的提案是否被接受将受到保单转换或取代时所施加的条件与规则而定。

除非续保，否则保障将在到期日终止，我们对此后发生的任何费用将不负任何责任。

建议您保留收据作为保费支付的证明。

您的保单将在申请通过审核并接受且保费已支付的情况下，于三十(30)个工作日内发放。

欲获取更多资讯，请参阅保单合同中所规定的条件与规则。

Great Eastern General Insurance (Malaysia) Berhad (198301007025) (102249-P)是根据《2013年金融服务法令》注册，并受马来西亚国家银行所管制。

若英文版本与其他翻译版本之间存在任何差异、不一致或遗漏，则以英文版本为准。

欲知更多资讯，请联络我们的客户服务热线 **1300-1300-88**。

BRANCH OFFICES / PEJABAT CAWANGAN / 分行地址**Kuala Lumpur**

Level 18, Menara Great Eastern,
303 Jalan Ampang,
50450 Kuala Lumpur
Tel : +603 4259 8888
Fax : +603 4813 0088

Alor Setar

70 & 69, 1st Floor,
Jalan Teluk Wanjah,
05200 Alor Setar, Kedah
Tel : +604 734 6515
Fax : +604 734 6516

Ipoh

2nd Floor,
Wisma Great Eastern,
No. 16 Persiaran Tugu,
Greentown Avenue,
30450 Ipoh, Perak
Tel : +604 253 6649
Fax : +604 255 3066

Johor Bahru

Great Eastern, 01-03,
Blok A, Komersil Southkey Mozek,
Persiaran Southkey 1,
Kota Southkey,
80150 Johor Bahru, Johor
Tel : +607 336 9899
Fax : +607 336 9869

Klang

3rd Floor, No. 10,
Jalan Tiara 2A,
Bandar Baru Klang,
41150 Klang, Selangor
Tel : +603 3345 1027
Fax : +603 3345 1029

Kota Bharu

Jalan Sultan Yahya Petra,
15200 Kota Bharu,
Kelantan
Tel : +609 748 2698
Fax : +609 744 8533

Kota Kinabalu

Suite 6.3, Level 6,
Wisma Great Eastern,
No. 65, Jalan Gaya,
88000 Kota Kinabalu, Sabah
Tel : +6088 235 636
Fax : +6088 248 879

Kuantan

1st Floor, No. A25,
Jalan Dato' Lim Hoe Lek,
25200 Kuantan, Pahang
Tel : +609 516 2849
Fax : +609 516 2848

Kuching

No. 51, Level 3,
Wisma Great Eastern,
Lot 435, Section 54 KTL D,
Travilion Commercial Centre,
Jalan Padungan,
93100 Kuching, Sarawak
Tel : +6082 420 197
Fax : +6082 248 072

Melaka

23-2, Jalan PM15,
Plaza Mahkota,
75000 Melaka
Tel : +606 284 3297
Fax : +606 283 5478

Penang

Suite 2-3, Level 2,
No. 25, Lebuhr Light,
10200 Pulau Pinang
Tel : +604 261 9361
Fax : +604 261 9058

Seremban

2-103, Jalan Yam Tuan,
70000 Seremban,
Negeri Sembilan
Tel : +606 764 9082
Fax : +606 761 6178

Sibu

2nd Floor, No. 10 A-F,
Wisma Great Eastern,
Persiaran Brooke,
96000 Sibu, Sarawak
Tel : +6084 328 392
Fax : +6084 326 392

SERVICING OFFICES / PEJABAT PERKHIDMATAN / 服务办公**Batu Pahat**

4th Floor, 109, Jalan Rahmat,
83000 Batu Pahat, Johor
Tel : +607 432 2357
Fax : +607 432 2359

Mentakab

No.60, 1st Floor, Jalan Okid
28400 Mentakab, Pahang
Tel : +609 270 9358
Fax : +609 270 9359

Miri

3rd Floor,
Block 10 M.C.L.D. Jalan Melayu,
98000 Miri, Sarawak
Tel : +6085 421 299
Fax : +6085 433 276

Sandakan


1st Floor, Lot 5 & 6, Block 40,
Lorong Indah 15,
Bandar Indah, Phase 7,
Mile 4, North Road,
90000 Sandakan, Sabah
Tel : +6089 228 769
Fax : +6089 228 372

Tawau

3rd Floor,
Wisma Great Eastern,
Jalan Billian,
91008 Tawau, Sabah
Tel : +6089 755 882
Fax : +6089 767 013

Reach for Great

Great Eastern General Insurance (Malaysia) Berhad
(198301007025) (102249-P)

 **Head Office / Ibu Pejabat / 总部 –**
Level 18, Menara Great Eastern
303 Jalan Ampang,
50450 Kuala Lumpur

 +603 4529 8888

 +603 4859 8000

 gicare-my@greasterngeneral.com

 www.greasterngeneral.com

Great Eastern General Insurance (Malaysia) Berhad (198301007025) (102249-P) is licensed under the Financial Services Act 2013 and is regulated by Bank Negara Malaysia. For the latest contact details, please refer to the Company's website.

For more information, please contact the number listed above.

Great Eastern General Insurance (Malaysia) Berhad (198301007025) (102249-P) dilisenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal selia oleh Bank Negara Malaysia. Untuk maklumat hubungan terkini, sila rujuk laman web Syarikat.

Untuk maklumat lanjut, sila hubungi nombor yang tertera.

Great Eastern General Insurance (Malaysia) Berhad (198301007025) (102249-P) 根据2013年金融服务法令获得许可，并受马来西亚国家银行监管。有关最新联系方式，请参阅公司网站。

欲了解更多信息，请联系我们友善的大东方代理人。