

PROTECTION

A-SME Flex

FLEXIBLE INSURANCE SOLUTIONS FOR YOU AND YOUR EMPLOYEES



aia.com.my



A-SME Flex

Attracting, motivating and retaining employees is a challenge in any organisation. Your employees are the driving force behind your company and ensuring that their health and welfare are well taken care of should be a top priority.

A-SME Flex is a one-stop source for all employee benefit needs, providing comprehensive protection and solutions to small and medium-sized enterprises. It offers companies a variety of healthcare cover options and benefits to suit different budgets, as well as the demands of various types of businesses. You can customise the plan according to your employee's protection needs with our wide range of benefits, including outpatient benefits, life, critical illness and many more.

Employees are your greatest asset. Looking after your employees is looking after your business.



Our Solutions for SMEs



BENEFITS RECOMMENDATION

Create the right plan for your employees



FLEXIBLE & CUSTOMISABLE

Flexibility to pick and choose benefit options and limits



COMPREHENSIVE PLAN

More options to suit different needs and budgets



DIGITALISED

Fast and seamless experience

A-SME Flex At A Glance

BENEFITS RECOMMENDATION



- We provide recommendations and need-based solutions through fact finding.
- Enables you to benchmark with companies of the same or similar industries to create the right plan for your employees.
- Provides the right benefits package to help you attract and retain employees.

1 Offers solutions through fact finding



Manufacturing



Food & Beverages



Retail

2 Provides recommendation based on the same or similar industries to create the right plan for your employees

3 Choose from 3 recommended plans that is most suitable for your company

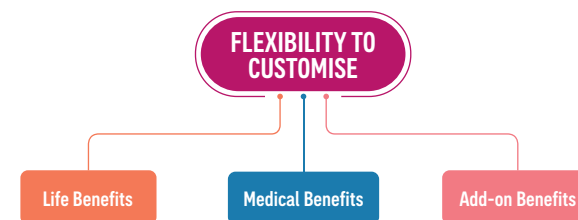
BENEFITS	STARTER	RECOMMENDED STANDARD	BUSINESS
	Category	Executives	Executives
Hospitalisation			
Room & Board	120	180	250
Annual Limit	40,000	80,000	120,000
Outpatient			
General Practitioner Limit	2,000	3,000	Unlimited
Specialist Limit	2,000	3,000	Unlimited
Total Premium	RM94,200	RM117,720	RM147,660

The above is for illustration purposes only and the total premium is quoted based on 60 headcounts.

FLEXIBLE & CUSTOMISABLE



- Customise your group health plan, select the medical and term life coverage that suits your business needs and budget.
- Flexibility to choose from an extensive range of benefits and sum insured options for different category of employees.



DEDUCTIBLE



- Deductible options to help you manage costs while providing health coverage relevant to your employees' needs.
- With deductible, you will also be able to manage any risk of unnecessary claims or misuse as your employees would also participate to manage the cost.

GROUP MEDCARE



- Exclusive access to Personal Medical Case Management services, ensuring your employees to receive the best possible treatment and personalised on-going support throughout their medical journey when diagnosed with a serious or complex condition.
- Supported by a dedicated and personal medical team, led by physician case manager to reassess and manage your employee's medical condition.
- This is an add-on benefit administered by our service provider, Teladoc Health, Inc (Teladoc), a company that specialises in quality global medical management.

CORPORATE AIA VITALITY



- Designed to build a healthier workforce for your employees and you.
- Corporate AIA Vitality is an add-on health programme that empowers employees with knowledge and tools to make healthier choices, and also motivates and rewards you and your employees to get healthier. Healthier employees means higher productivity.

How A-SME Flex Makes Group Health Insurance Convenient

From considering and purchasing the right plan to managing your policy and claims, your journey with A-SME Flex made easier and more convenient. Here's how:



EASY TO CUSTOMISE

We offer a **range of plans and optional benefits** to suit different budgets and needs.



EASY TO BUY

Our application process is **simple, fast and hassle-free**. Get your quote on-the-spot, confirm, sign and submit electronically.



EASY TO MANAGE

Managing employee benefits is time-consuming. We provide **hassle-free experience** from onboarding to the claim process; offering advantages such as an **e-Medical card, claim reimbursement in 5 days**, and a variety of value-added services at your employee's finger tips.



EASY TO CHOOSE

Here at AIA, we provide **benefits recommendation** based on your industry to help you create the right plan for your employees.



Medical Basic Benefits

HOSPITAL & SURGICAL CARE

Care for your employees by providing them with a complete hospitalisation plan. Select from a wide range of benefits options to provide the most suitable plan for your employees. You also have the option to provide hospitalisation coverage for your employees' dependents.

Room & Board	Choose from RM80 to RM600
Overall Limit	Choose from RM20,000 to RM400,000
Class Insured	Per Member / Per Family ¹
Plan Type	Cashless / Reimbursement / Government Hospital (GH) only
Deductible	RM0 / RM300

Optional Medical Benefits

OUTPATIENT CARE

Provide your employees and their dependents the convenience of accessing outpatient care at General Practitioner (GP) and Specialist Care (SP). Together with a hospitalisation plan, your employees will enjoy a comprehensive healthcare coverage.

General Practitioner (GP)	
Overall Limit	Choose from RM1,500 to RM5,000 or unlimited
Plan Type	Panel Clinics / Panel & Non Panel Clinics
Deductible	RM0 / RM5 / RM10

Specialist Care (SP)	
Overall Limit	Choose from RM1,000 to RM5,000 or unlimited
Plan Type	Cashless ² / Reimbursement / Referral / Direct Access ² / Direct PAED ²
Deductible	RM0 / RM15 / RM30

Outpatient Care Limit	
Standalone Limit / Combined GP & SP Limit	

¹ Per Family Limit is not available for Outpatient Medical Benefits.

² Cashless, Direct Access and Direct PAED is subject to minimum limit of RM2,000.

Group Term Life Basic Benefits

LIFE BENEFIT

The Term Life Benefit provides your employees with financial security in the event of an untimely death.

TOTAL AND PERMANENT DISABILITY

If an employee becomes disabled as a result of an injury or sickness, the compensation from this benefit can help reduce the financial burden suffered.

PARTIAL AND PERMANENT DISABILITY

Compensation according to the Scale of Indemnity as stated under the Policy's Schedule of Benefits will be paid if an employee suffers a permanent partial disability as a result of sickness or accident.

TERMINAL ILLNESS

This benefit will be paid if the Insured Member passes away within twelve (12) months of suffering from a Terminal Illness.

REPATRIATION EXPENSES

Covers expenses for transportation of mortal remains back to the Country of Origin if the Insured Member passes away while traveling outside of Malaysia.

Optional Group Term Life Benefit

CRITICAL ILLNESS

A serious illness can be a financial burden. When diagnosed with a critical illness, the insured member will receive compensation which would help ease some of the financial burden

- Non-Accelerated Critical Illness Rider
- Accelerated Critical Illness rider

Optional Benefits

GROUP MEDCARE

Personal Medical Case Management (PMCM)* is a value-added benefit that provides:

- Access to the world's leading specialist
- Medical support from diagnosis to recovery

* This benefit is applicable to Group Medical Plan only.

CORPORATE AIA VITALITY

AIA Vitality is a science-backed health programme that rewards your employees' healthy choices. It empowers them with the knowledge, tools and motivation to achieve their health goals. Using the latest research in behavioural economics and incentives, it is designed to encourage long-term behavior changes in health. Organisation can leverage on AIA Vitality platform to drive employee health and engagement.

Terms & conditions apply

Schedule of Benefits

Hospital & Surgical Care - Basic	
Overall Limit (Per Policy Year)	RM20,000 to RM400,000 (in multiple of RM20,000)
Deductible Amount	Zero Deductible or RM300 per disability
1. In Hospital Care	
1.1 Hospital Room and Board	
i) Ordinary Room (up to max 180 days per disability)	RM80 to RM600 (in multiple of RM10)
ii) Intensive Care Unit (up to max 30 days per disability)	As charged
1.2 Hospital Supplies and Services	
1.3 Surgical Fees	
1.4 Anaesthetist Fees	As charged
1.5 Operating Theatre Charges	
1.6 In-Hospital Physician Visit (up to max 180 days per disability)	
1.7 Malaysian Government Hospital Daily Cash Allowance (up to max 180 days per disability)	RM200
2. Ambulatory Care	
2.1 Pre-Surgical/Medical Diagnostic Services (within 60 days)	
2.2 Pre-Surgical/Medical Specialist Consultation (within 60 days)	
2.3 Second Surgical Opinion	
2.4 Post-Hospitalisation Treatment (up to max 60 days following discharge from hospital)	As charged
2.5 Emergency Outpatient Accidental Treatment (within 24 hours up to max 60 days)	
2.6 Accidental Dental Treatment (within 24 hours up to max 14 days)	
2.7 Day Care Procedure (Surgical/Medical)	
2.8 Ambulance Fees	
2.9 Emergency Outpatient Treatment (maximum per Disability from 10.00pm to 8.00am)	RM100
2.10 Medical Report Fee Reimbursement	RM80
2.11 Outpatient Rehabilitation Therapy, Chemotherapy, Radiation Therapy, Kidney Dialysis	As charged
3. Compassionate Allowance (All Causes)	RM10,000

Outpatient GP & Specialist - Optional	
Coverage Limit	Standalone Limit or Combined GP & SP Limit
1. Outpatient General Practitioner Care (GP)	
1.1 Overall limit per policy year	RM1,500 to RM5,000 (in multiple of RM500) or unlimited
1.2 Deductible Amount	Zero Deductible or RM5 or RM10
1.3 GP Clinic Visit	Cashless (Panel Clinics or Panel & Non-Panel Clinics)
1.4 Emergency Non-Panel GP Clinic Visit	
1.5 Pap-Smear at Panel GP Clinic only (max once per policy year)	As charged
1.6 Overseas coverage	Reimbursement Basis RM40 per visit
2. Outpatient Specialist Care	
2.1 Overall limit per policy year	RM1,000 to RM5,000 (in multiple of RM500) or unlimited
2.2 Deductible Amount	Zero Deductible or RM15 or RM30
2.3 Specialist Visit	Cashless/Reimbursement Basis (Referral/Direct Access/Direct Paed)
2.4 Outpatient Diagnostic Services	
2.5 Overseas coverage	Reimbursement Basis RM150 per visit

Notes: Cashless is not applicable for Non-Panel Clinics.
Minimum limit for Cashless/Direct Access/Direct Pediatrician is RM2,000.

Group MedCare - Personal Medical Case Management - Optional
A value-added benefit that provides Personal Medical Case Management services, which ensures that you receive the best possible treatment and personalised ongoing support throughout your medical journey when you are diagnosed with a serious medical condition. For more information, please refer to the Group MedCare brochure.

Notes:

- Overall Limit – The maximum benefit payable within the policy year regardless of number of disabilities.
- Please refer to the Master Policy Contract for a detailed description of the benefits.
- Any follow-up or post hospitalisation treatments and visits will be on a reimbursement basis.

Percentage of Amount of Insurance

Group Term Life - Basic	
Selection of Basic Sum Assured	Option (A) : Fixed Sum Assured
	500,000 450,000 400,000 350,000 300,000 250,000 200,000 150,000 100,000 50,000 20,000
	Option (B) : Monthly Basic Salary (MBS)
	60xMBS 48xMBS 42xMBS 36xMBS 30xMBS 24xMBS 18xMBS 12xMBS 6xMBS
1. Death (all causes**)	100% of Basic Sum Assured
2. Total and Permanent Disability (TPD) (all causes**)	100% of Basic Sum Assured
3. Partial and Permanent Disability (PPD) (all causes** - as per Scale of Indemnity)	100% of Basic Sum Assured
4. Repatriation Benefit	Actual expenses incurred for the covered repatriation services or up to maximum of RM100,000, whichever is lower
5. Terminal Illness	100% of Basic Sum Assured or up to maximum amount of RM100,000, whichever is lower

**Subject to Terms and Conditions of the Policy Contract

Partial and Permanent Disability Scale of Indemnity	Percentage of Amount of Insurance
1. Permanent Total Loss of sight of both eyes	100%
2. Permanent Total Loss of sight of one eye	100%
3. Loss of or the Permanent Total Loss of Use of two limbs	100%
4. Loss of or the Permanent Total Loss of Use of one limb	100%
5. Loss of speech and hearing	100%
6. Permanent and incurable insanity	100%
7. Permanent and incurable paralysis of all limbs	100%
8. Permanent Total Loss of hearing in (a) both ears (b) one ear	75% 25%
9. Loss of speech	50%
10. Permanent Total Loss of the lens of one eye	50%
11. Loss of or the Permanent Total Loss of Use of four fingers and thumb of (a) right hand (b) left hand	70% 50%
12. Loss of or the Permanent Total Loss of Use of four fingers of (a) right hand (b) left hand	40% 30%
13. Loss of or the Permanent Total Loss of use of one thumb (a) both right phalanges (b) one right phalanx (c) both left phalanges (d) one left phalanx	30% 15% 20% 10%
14. Loss of or the Permanent Total Loss of Use of fingers (a) three right phalanges (b) two right phalanges (c) one right phalanx (d) three left phalanges (e) two left phalanges (f) one left phalanx	10% 7.5% 5% 7.5% 5% 2%
15. Loss of or the Permanent Total Loss of Use of toes (a) all – both feet (b) great – both phalanges (c) great – one phalanx (d) other than great, each toe	15% 5% 3% 1%
16. Fractured leg or patella with established non-union	10%
17. Shortening of leg by at least 5cm	7.5%

Notes:

1. Basic Sum Assured is subject to a maximum limit of RM4.0 million
2. No-Evidence Limit (NEL) is applicable only for headcount of 11-200 employees.
3. Exclusions: TPD/PPD: 5 -200 Employees subject to 12 months pre-existing conditions

Note: Where the Insured Member is left-handed, the percentages relating to the right arm shall apply to the left arm and vice versa.

Group Term Life: Critical Illness (CI) - Optional	Sum Assured (RM)
Option (A): Non-Accelerated Critical Illness¹	Lump Sum payment of 25% / 50% / 75% / 100% of the Basic Sum Assured upon diagnosis of critical illness
Option (B): Accelerated Critical Illness²	
Critical Illness Covered	
1. Kidney Failure	22. Parkinson's Disease
2. Heart Attack	23. Motor Neurone Disease
3. Stroke	24. Chronic Aplastic Anaemia
4. Cancer	25. Loss of Speech
5. Multiple Sclerosis	26. End-Stage Liver Failure
6. Primary Pulmonary Arterial Hypertension	27. Encephalitis
7. Fulminant Viral Hepatitis	28. Bacterial Meningitis
8. Blindness - Permanent and Irreversible	29. Brain Surgery
9. Coronary Artery By-Pass Surgery	30. Angioplasty and Other Invasive Treatments for Coronary Artery Disease
10. Major Organ / Bone Marrow Transplant	31. Serious Coronary Artery Disease
11. Heart Valve Surgery	32. Cardiomyopathy
12. Surgery To Aorta	33. Loss of Independent Existence
13. Third Degree Burns	34. Paralysis of Limbs
14. Muscular Dystrophy	35. Major Head Trauma
15. HIV Infection Due To Blood Transfusion	36. Medullary Cystic Disease
16. Coma	37. Full-blown AIDS
17. Deafness - Permanent and Irreversible	38. Occupationally Acquired Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection
18. End-Stage Lung Disease	39. Systemic Lupus Erythematosus with Severe Kidney Complications
19. Benign Brain Tumor	
20. Alzheimer's Disease / Severe Dementia	
21. Terminal Illness	

¹ A lump sum payment of not more than the percentage (%) selected shall be payable upon diagnosis of any of the covered Critical Illnesses and the full amount of Basic Sum Assured (100%) shall be payable upon death or total and permanent total disability (TPD), subject to a maximum amount of RM500,000.

² A lump sum payment of not more than the percentage selected shall be payable upon diagnosis of any of the covered Critical Illnesses and the remaining percentage (%) of the Basic Sum Assured shall be payable upon death or total and permanent disability (TPD), subject to a maximum amount of RM500,000.

Example:

Assuming the Basic Sum Assured of GTL is RM100,000 and the percentage selected for Critical Illness rider is 25%.

Type of Benefit	Amount Payable Upon Diagnosis (RM)	Amount Payable Upon Death or TPD (RM)
Non-Accelerated Critical Illness	25,000	100,000
Accelerated Critical Illness	25,000	75,000

Medical or Group Term Life - AIA Vitality (AIAV)

Only one (1) membership can be purchased per employee. If an employee is already an existing AIA Vitality member, the employee's membership will be sponsored by the employer. The employee's membership year or any AIA Vitality Points accumulated will not be affected.

Kindly refer to AIA Vitality brochure for further information.

Notes:

- All amounts shown in the Schedule of Benefits above are in Ringgit Malaysia (RM) unless stated otherwise.
- We shall only reimburse reasonable and customary charges on eligible expenses.
- The information above is not exhaustive. It is recommended that you request a copy of the Product Disclosure Sheet to know more about this product. For a detailed explanation of its benefits, exclusions, terms and conditions, please refer to the policy contract.

Medical Benefit (Hospitalisation & Outpatient Care)

Exclusions

No benefit shall be payable for any of the following services, products or conditions or injuries resulting from:

- Plastic/Cosmetic surgery or treatment including (but not limited to) for e.g. double eyelids, acne, keloids, scars, skin tags, gynaecomastia, diffused alopecia/hair loss, etc., or treatment of their complications.
- Care and treatment that is experimental, investigative or unproven services and not according to accepted professional standards and/or is not medically necessitated. This exclusion includes (but is not limited to) treatments such as:
 - Stem cell treatment, related workout and any complications arising thereafter.
 - Blood surety.
 - Hormone therapy and hormone replacement therapy except for surgically induced menopause.
 - Surgical treatment specifically for weight reduction or gain.
- Treatment for injuries sustained while committing a crime or felony, or while under the influence of alcohol, narcotics, or mind altering substance, or suicide, attempted suicide or intentionally self-inflicted injury while sane or insane.
- Any treatment, services and supplies for smoking cessation programs and the treatment for or arising from substance abuse such as alcohol, narcotics, etc.
- Private nursing care, custodial care in any setting or house calls engaged by Insured Member or services for rest cure provided by rest/nursing home purely for recuperative purposes.
- Mechanical or chemical contraceptive methods of birth control or treatment pertaining to infertility. Sexual dysfunction and tests or treatment related to impotence or sterilization.
- Investigation and treatment relating to pregnancy including childbirth, Ectopic Pregnancy and Vesicular Mole and all complications arising therefrom. However this exclusion does not apply to any miscarriage of below 28 weeks due to accidental causes under the Basic Policy coverage but is subject to its limitations for such coverage. If however, an Insured Member has Maternity Benefit coverage, it shall be subject to its respective benefit limitations.
- Sex transformation surgery and sex hormone therapy related to such surgery.
- Circumcision unless medically necessary for treatment of a disease.
- Conditions related to sexually transmitted diseases, AIDS and AIDS Related Complex or its sequelae, and any communicable diseases requiring quarantine by law.
- Alternative therapies such as (but not limited to) Acupuncture, Acupressure, Chiropractic, Osteopathy, Reflexology, Bonesetting, Massage, Aroma Therapy, Herbal, Podiatric, Dietetic consultation and treatment, education services/therapies & Traditional Complimentary Medicine etc.
- Vitamins/Supplements, Herbal Cures, Anti Obesity/Weight Reducing Agents, Eye Lubricants and any over the counter purchases of supplements, medicines or outpatient prescribed and non prescribed medical supplies.
- Soaps, Shampoos, Cleansers, Vitamin Creams, Vitamin Ointment, Moisturizers, Lubricants, Anti-Aging, Fairness Treatment and any product with similar effect.
- Psychotic, mental or nervous disorders and behavioral conditions including any neurosis and their physiological or psychosomatic manifestations.
- Any treatment or assessment for congenital, hereditary or developmental ailments, deformities and any Disability or complications arising therefrom inclusive of but not restricted to such as dermoid cysts, childhood hernias/hydrocele (all hernia up to age of six is not covered), clubfoot, Ventricular Septal Defect (VSD), Atrial Septal Defect (ASD), Thalassaemia, Squint, Haemangioma, Traditional Complimentary Medicine etc.

16. Diseases or disabilities of a newborn child contracted prior to or during birth or within the first 14 days thereafter.
17. Allergy testing - blood/topical including patch test.
18. Hospitalisation primarily for investigatory purposes, routine physical examinations, health check-ups, preventive treatments and diagnostic tests not incidental to treatment or diagnosis of a covered Disability.
19. Speech and Occupational therapy when not part of a rehabilitation program following hospitalisation due to trauma, unless it is a follow-up to an inpatient Disability and subject to its limitations.
20. Any corrective treatment for refractive errors inclusive of but not limited to the following such as Orthoptics, Visual stimulation, Radial Keratotomy, Lasik, Intralase, Xyoptics, phacik IOL implant or intra-ocular lenses replacement surgery.
21. All corrective glasses or contact lenses, except monofocal intraocular lenses in cataract surgery.
22. Dental conditions including:-
 - i) Dental care/treatment or oral surgery except as necessitated by Accidental Injuries. However to exclude the replacement of natural teeth, placement of denture and prosthetic services such as bridges & crowns of their replacement for Accidental Injury cases.
 - ii) Upper and lower jawbone surgery except for direct treatment of acute traumatic Injury or cancer.
 - iii) Orthognathic surgery, jaw alignment, or treatment for the temporomandibular joint. Otherwise an Insured Member must have Dental Benefit coverage, subject to its limitations.
23. Use or acquisition of all appliances (e.g. artificial limbs, hearing aids, aero chambers and equipment for nebulising, Continous positive airway pressure (CPAP), Continous ambulatory peritoneal dialysis(CAPD), orthopedic pads) and the rental charges of such devices except during hospital confinement under the Basic Policy coverage but is subject to its limitation for such coverage.
24. Effects from radiation or contamination by radioactivity from any source.
25. War, riot, rebellions, insurrection, civil commotion, explosion of war weapons, terrorism related activity, active duty in any armed forces, direct participation in strikes, nuclear war, biological and chemical warfare/activities.
26. Services of a non-medical nature provided by a hospital such as television, telephone, fax, radio or similar facilities. Admission kit/pack and other ineligible non-medical items (except for registration fees incurred during hospitalisation only). Charges for these services must be paid by the Insured Member prior to discharge from hospital or daycare centre unless otherwise specified.
27. Out-Patient physical therapy or physiotherapy is not covered and cannot be referred at GP level. This service would only be covered when referred by a Specialist and treatment must be provided by a registered physiotherapist. An Insured Member must have Basic Policy coverage, subject to its limitations.
28. Outpatient rehabilitation therapy, chemotherapy, radiation therapy, immunotherapy, photodynamic therapy, kidney dialysis and other selected medically necessary treatment protocols, unless an Insured Member has the Basic Policy coverage, subject to its respective benefit limitations.
29. Preventive vaccinations except those stated under the guideline of Ministry of Health Malaysia that are applicable to eligible children only (subject to Out-Patient benefit limit, if any):-
30. Expenses incurred for donation of any body organ by an Insured Member and costs of acquisition of the organ including all costs incurred by the donor during organ transplant and its complications.
31. Investigation and treatment of sleep and snoring disorders.
32. Expenses incurred for contact lens, use of cosmetic topically/orally/surgical procedures and any complications arising there from.

Limitations

1. No benefit shall be payable in respect of any period of hospital confinement unless the entire confinement and all the special hospital services rendered and operations performed, if any, had been recommended and approved by a legally qualified medical practitioner.
2. No benefit shall be payable if the hospital confinement upon which the claim is based is not related to the diagnosis and treatment of the condition for which hospital confinement is required by the attending medical practitioner.
3. No benefit is payable for charges, fees or expenses not mentioned in the Description of Benefits as per the Master Policy Contract.

Special Conditions

The following conditions will be applicable to all Insured members and their dependents, if any:

- a) Waiting Period
Eligibility for benefits starts thirty (30) days after the Insured has been included in the Policy, except for a covered Accident occurring after the effective date of coverage.
- b) Specified Illnesses
No benefits shall be payable for hospitalisation, surgery and/or charges incurred which are caused directly or indirectly by Specified Illnesses and its related complications. "Specified Illnesses" shall mean the following disabilities and its related complications, occurring within the first hundred twenty (120) days of Insurance of the Insured Person:
 - i) Hypertension, diabetes mellitus and cardiovascular disease.
 - ii) All tumours, cancers, cysts, nodules, polyps, stones of the urinary system and biliary system.
 - iii) All ear, nose (including sinuses) and throat conditions.
 - iv) Hernias, haemorrhoids, fistulae, hydrocoele, varicocele.
 - v) Endometriosis including disease of the reproduction system.
 - vi) Vertebro-spinal disorders (including disc) and knee conditions.

Group Term Life

Exclusions

Death Benefit

No benefits shall be payable on the account of the Insured Member, whether sane or insane, commits suicide within six (6) months from the effective date of Insured Member's insurance coverage

Total and Permanent Disability (All causes)

Partial and Permanent Disability (Natural causes)

Partial and Permanent Disability (Accidental causes)

Benefits under this Clause shall not be made for the following:

- a) Suicide, self-inflicted injuries or any attempt thereat, while sane or insane;
- b) War, declared or undeclared, revolution or any warlike operations;
- c) Violation or attempted violation of the law or resistance to arrest;
- d) Entering, operating or servicing, riding in or on, ascending or descending from or with any aerial device, or conveyance except while the Insured Member is in an aircraft operated by a commercial passenger airline on a regular scheduled passenger trip over its established passenger route ; and
- e) Pre-existing conditions for which the Insured Member received medical treatment, diagnosis, consultation or prescribed drugs during the ninety (90) days preceding the effective date of coverage and such disability begins in the first twelve (12) months after the Member's effective date of Coverage.

Repatriation Benefit

No benefit shall be payable for:

- a) Any expenses incurred for services and supplies provided by a mortician or undertaker, including but not limited to the cost of casket, embalming and/or cremation.
- b) Any expenses for the transportation of the Insured Member's remain not approved and arranged by AIAS, or an authorised representative of AIAS.

Critical Illness

No benefit shall be payable to an Insured Member where in Our opinion that the Diagnosis of the Critical Illness of the Insured Member was caused directly or indirectly, wholly or partly, by Acquired Immuno-Deficiency Syndrome (AIDS) or any Human Immunodeficiency Virus (HIV).

Terminal Illness

No benefit shall be payable for any of the following resulting from:

- a) attempted suicide while sane or insane and whether felonious or not, self-inflicted bodily injury, disorderly conduct on the part of the Insured Member, or upon the Insured Member deliberately exposing himself/ herself to unnecessary danger, or
- b) acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), or
- c) the Insured Member having been engaged in hunting, mountaineering, aviation (except as a fare paying passenger on a commercial airline), naval, military or aeronautical service, or racing (other than foot racing) of any kind, or
- d) war, riot, rebellions, insurrection, civil commotion, explosion of war weapons, nuclear war, biological and chemical warfare/activities, or
- e) radiation or contamination by radioactivity from any source; or
- f) being under the influence of drugs, narcotics, or alcohol.

Special Conditions

- Only one payment shall be made for any Critical Illness benefit. (There shall be no second payment on the re-occurrence of the same Critical Illness or upon diagnosis of a different Critical Illness).
- No benefit shall be payable to the Insured Member who has at any time prior to the commencement of the Policy incurred a Critical Illness or had sought medical advice for signs and symptoms that are present and related to the diagnosis of the Critical Illness covered.
- There will be a waiting period of thirty (30) days from the Insured Member's effective date of insurance coverage with the exception of the following, which shall be subject to a waiting period of sixty (60) days. No benefits shall be payable if the Insured Member is diagnosed with any of the Critical Illness as defined herein within this period:
 - i) Cancer.
 - ii) Heart Attack.
 - iii) Other Serious Coronary Artery Disease.
 - iv) Coronary Artery By-Pass Surgery.

Terminal Illness

- a) Only one payment would be made (i.e. no second payment on the re-occurrence of a Terminal Illness or on diagnosis of a different Terminal Illness).
- b) Upon approval for a Terminal Illness payment, the Insured Member's coverage for this Basic Policy will become non-renewable.

No benefit will be payable to an Insured Member who has at any time prior to the commencement of this scheme suffered a Terminal Illness or sought medical advice for signs or symptoms that are present and related to the diagnosis of a Terminal Illness.

For a new Member who is insured after the effective date of the insurance, there will be a waiting period of ninety (90) days from the Insured Member's effective date of insurance. There will be no insurance cover and if premiums have been paid, such premiums will be refunded without interest in the following event:

- a) If the Insured Member is diagnosed of having a Terminal Illness within this waiting period; and/or
- b) The Insured Member sought medical advice for signs or symptoms that are present that are related to the diagnosis of the Terminal Illness within this waiting period.

However, where this Policy is issued as a "take-over policy" then the waiting period is not applicable.

"Take-over Policy" means a Policy which AIA has issued on similar or largely similar terms and conditions of a Policy which was previously immediately issued by another insurance company.

In the case of a take-over Policy, if an Insured Member is diagnosed of having a Terminal Illness at the effective date of insurance, the benefit payable will be the benefit under the previous Policy or the benefit under this Policy, whichever is higher, on condition AIA has secured the approved Amount of Insurance and a copy of the previous Policy.

- You are to ascertain that this product will best serve the needs of your company and company's resources and that you are agreeable to the premium payable under the Policy. The Policy will be terminated if premiums are not paid within the sixty (60) days grace period from the due date.
- Please note that the exclusions, limitations, terms and conditions as stated in this brochure are not exhaustive. Please refer to the actual Policy contract for detailed benefits, exclusions, limitations, terms and conditions.
- You should ensure that important information regarding the Policy is disclosed to you and that you understand the information disclosed. Where there is ambiguity, you should seek clarification from AIA.
- It may not be advantageous to switch from one health Policy to another, as you may be subjected to new underwriting requirements for waiting period/exclusion of specified illness/pre-existing conditions under the new Policy.
- Please note that for any disability arising out of injury during employment, whereby the Insured has received benefits under Workmen's Compensation Ordinance, SOCSO or similar legislation, AIA shall bear no charges unless benefits received do not fully cover incurred charges, which are covered under the Policy.
- Please note that if an Insured has received other medical insurance or government Plans, AIA shall bear no charges unless benefits received do not fully cover incurred charges, which are covered under the Policy.
- The information enclosed is accurate as at the date of printing.

Frequently Asked Questions

Q: Who is eligible for coverage?

A: All full time and actively at work employees (between the age of 16 to 64 years of age), in occupational classes 1 to 4 are eligible for Medical and Group Term Life coverage.

An employee's spouse (between the age of 16 to 64 years of age) and unmarried children (over fourteen (14) days but below nineteen (19) years of age or twenty three (23) years of age if still studying full time and not gainfully employed) are eligible for Medical (basic and optional) coverage only.

Q: How do I enroll my company for the A-SME Flex?

A: It's simple, just speak to an AIA representative and he/she will help to complete and submit your application through AIA electronic platform. Please submit the completed application together with the premium payment. Coverage for your company will commence upon AIA's acceptance, subject to satisfactory evidence of insurability.

Q: Are there any other forms to be completed/requirements to be met?

A: For the Group Term Life Benefit, all employees are required to complete the Personal Health Declaration Form in any of the following circumstance(s):
i. Number of employees equals to or is less than ten (10); or
ii. Employees with Sum Insured exceeding the No-Evidence Limit amount.

However, for the Medical Benefit, the completed Personal Health Declaration Form is required for companies with ten (10) employees or less.

Q: How will the premium rates be charged?

A: Policy inception premium rates are based on the underlying claims experience and medical claims inflation of AIA's corporate employee benefits portfolio. The policy is issued for the term of one (1) year and the premium may be revised for subsequent renewals. The renewal terms will be issued thirty (30) days before the policy expiry.

Q: What happens when an employee resigns or when there are new employees?

A: The addition and deletion of employees can be done via AIA+ CORPORATE PORTAL which is made available to you 24/7 at your fingertips. Similarly, the request can be done via email to my.mbrupdate@aia.com or contact your servicing agent. AIA will charge premium on a pro-rated basis upon your policy bill adjustment frequency.

Q: Can I change/upgrade my employees' benefits?

A: Yes, change/upgrade of benefits can be done at Policy Anniversary and is subject to acceptance by AIA.

Q: What do you mean by an emergency?

A: An emergency means treatment needed where immediate medical attention is required within twenty four (24) hours from the injury, illness or symptoms which are sudden and severe failing which, it will be life threatening (eg. accident and heart attack) or lead to significant deterioration of health.

Q: Does the A-SME Flex provide overseas coverage?

A: Yes, all benefits are applicable worldwide for twenty-four (24) hours a day. However, if the Insured member chooses to or is referred to be treated outside Malaysia by the attending doctor, benefits payable will be based on the reasonable and customary and medically necessary charges for such an equivalent to treatment in Malaysia excluding the cost of transport to the place of treatment.

For outpatient care, the insured members are covered up to max limit per visit of RM40 for General Practitioner (GP) and RM150 for Specialist Care (SP).

Q: What is Deductible?

A: If a deductible amount of RM300 for hospitalisation is selected for example, the Insured Member/Policyholder will need to pay for the first RM300 incurred per disability, while we will take care of the eligible expenses balance. For example, if an Insured Member incurs a RM1,000 medical bill, the Insured Member/Policyholder would pay a RM300 deductible and the insurance plan would pay for the remaining RM700.

Q: What are the coverages under Government Hospital (GH Only) plan?

A: If "GH only" plan is selected, insured member is entitled to maximum overall limit of RM20,000 per policy year and the maximum cost of Room and Board that he/she can claim is RM80 per day. For Specialist Care (SP) benefit, the maximum overall limit is RM1,000 per policy year.

Q: What is the difference between "Per Member Limit" and "Per Family Limit"?

A: "Per Member Limit" is referring to the maximum amount of money AIA will pay for covered claims for each insured individual. This means, the employee and his/her dependents will each have a separate limit. In case of a claim by one member, the limit available for other members remain intact.

"Per Family Limit" means the employee and his/her dependents is covered under one single limit per policy year. This means, the limit can be utilised by any or all members including the employee and his/her eligible spouse and children and not restricted to one individual as in the case of "Per Member Limit". Please note that "Per Family Limit" is applicable only for In Hospital Care Benefits.

Q: What is the difference between "Standalone Limit" and "Combined GP & SP Limit"?

A: "Standalone Limit" means the Outpatient General Practitioner (GP) Care and Outpatient Specialist (SP) Care will have its own limit. For example, RM2,000 for GP and RM1,000 for SP. Whilst, "Combined GP & SP Limit" means it is a shared limit for GP and SP. The minimum requirement for a "Combined GP & SP Limit" is RM2,000. In this instance, if the "Combined GP & SP Limit" is RM2,000, the insured member can claim up to RM2,000 in full for GP or SP or combination of GP and SP.

Q: How can I enroll my employees for the Group MedCare - Personal Medical Case Management benefit?

A: You need to take up the hospitalisation plan for your employees in order to enroll them for Group Medcare - Personal Medical Case Management.

Q: How does the PMCM work?

A: Our service provider, Teladoc, will appoint a dedicated and personal medical case management team ("PMCM team"), led by Physician Case Manager, to reassess and manage your medical condition. The PMCM team will first help you to gather and review your existing medical information and test results. The PMCM team will also consult leading specialists around the world, across multiple disciplines, to reach the correct diagnosis for your medical condition, monitor your progress and support you throughout your medical journey until recovery. Please contact AIA Care Line at 1300 88 1899 to check your policy eligibility.

A-SME Flex

Usaha mendapatkan, mendorong dan mengekalkan kakitangan membawa seribu satu cabaran bagi mana-mana organisasi. Kakitangan anda ibarat nadi penggerak yang memacu kejayaan syarikat. Menjaga kesihatan dan kesejahteraan mereka seharusnya menjadi antara perkara yang paling diutamakan.

A-SME Flex ialah penyelesaian serba lengkap yang memenuhi semua keperluan manfaat pekerja, menyediakan perlindungan dan penyelesaian komprehensif kepada perusahaan saiz kecil dan sederhana. Pelan ini menawarkan pelbagai pilihan perlindungan penjagaan kesihatan dan manfaat kepada syarikat perniagaan untuk memenuhi belanjawan berbeza. Anda boleh menyesuaikan pelan mengikut keperluan perlindungan kakitangan anda dengan rangkaian manfaat kami yang luas, termasuk manfaat pesakit luar, hayat, penyakit kritikal dan banyak lagi.

Kakitangan ialah aset paling berharga anda. Melindungi kakitangan anda bermakna melindungi perniagaan anda.



Penyelesaian Kami Bagi PKS



**CADANGAN
MANFAAT**

Merangka pelan yang sesuai untuk kakitangan anda



**FLEKSIBEL &
BOLEH DISESUAIKAN**

Fleksibiliti untuk memilih dan menentukan pilihan dan had manfaat



**PELAN
KOMPREHENSIF**

Lebih banyak pilihan untuk memenuhi keperluan dan peruntukan berbeza



DIGITAL

Perkhidmatan pantas dan lancar

A-SME Sepintas Lalu

CADANGAN MANFAAT



- Kami menyediakan cadangan dan penyelesaian berasaskan keperluan anda selepas mengumpulkan maklumat yang berkenaan.
- Membolehkan anda membuat perbandingan dengan syarikat-syarikat dalam industri sama atau serupa untuk merangka pelan yang sesuai untuk kakitangan.
- Menyediakan pakej manfaat yang sesuai untuk membantu anda menarik dan mengekalkan kakitangan.

1 Menawarkan penyelesaian berasaskan maklumat yang dikumpulkan



Pengilangan



Makanan & Minuman



Peruncitan

2 Memberikan cadangan berasaskan industri sama atau serupa untuk merangka pelan yang sesuai untuk kakitangan anda

3 Pilih daripada 3 pelan disyorkan yang paling sesuai untuk syarikat anda

MANFAAT	DISYORKAN		
	PERMULAAN	STANDARD	PERNIAGAAN
Kategori	Eksekutif	Eksekutif	Eksekutif
Kemasukan Hospital			
Bilik & Makanan	120	180	250
Had Tahunan	40,000	80,000	120,000
Pesakit Luar			
Had Doktor Am	2,000	3,000	Tidak Terhad
Had Doktor Pakar	2,000	3,000	Tidak Terhad
Jumlah Premium	RM94,200	RM117,720	RM147,660

Maklumat di atas adalah untuk tujuan penerangan sahaja dan jumlah premium yang disebut harga berasaskan 60 kakitangan.

FLEKSIBEL & BOLEH DISESUAIKAN



- Sesuaikan pelan kesihatan kumpulan anda, pilih perlindungan perubatan dan hayat bertempoh yang memenuhi keperluan dan peruntukan perniagaan anda.
- Fleksibiliti untuk memilih rangkaian manfaat yang luas dan pilihan jumlah diinsuranskan untuk kategori kakitangan berbeza.



DEDUKTIBEL



- Pilihan deduktibel untuk membantu anda menguruskan kos sambil memberikan perlindungan kesihatan yang berkaitan mengikut keperluan kakitangan anda.
- Menerusi deduktibel, anda juga boleh menguruskan risiko tuntutan yang tidak perlu atau salah guna tuntutan kerana kakitangan anda juga terlibat dalam pengurusan kos.

GROUP MEDCARE



- Capaian eksklusif kepada perkhidmatan Pengurusan Kes Perubatan Peribadi, memastikan kakitangan anda menerima rawatan terbaik dan sokongan peribadi berterusan sepanjang rawatan perubatan mereka apabila disahkan mengalami keadaan serius atau rumit.
- Disokong oleh pasukan perubatan berdedikasi dan terkhusus, yang diketahui oleh pengurus kes perubatan peribadi untuk menilai semula dan menguruskan keadaan perubatan kakitangan anda.
- Manfaat ini merupakan manfaat tambahan yang ditadbir oleh penyedia perkhidmatan kami, Teladoc Health, Inc (Teladoc), syarikat yang mengkhusus dalam pengurusan perubatan global berkualiti.

AIA VITALITY KORPORAT



- Direka untuk memupuk tenaga kerja lebih sihat demi manfaat anda dan kakitangan.
- AIA Vitality Korporat ialah program kesihatan tambahan yang memperkasakan kakitangan dengan ilmu dan alat untuk membuat pilihan lebih sihat dan juga mendorong dan memberi ganjaran kepada anda dan kakitangan anda untuk meningkatkan tahap kesihatan. Lebih sihat kakitangan, lebih tinggi produktiviti.

Bagaimana A-SME Flex Memudahkan Urusan Insurans Kesihatan Kumpulan

Daripada mempertimbangkan dan membeli pelan yang sesuai kepada menguruskan polisi dan tuntutan, perjalanan anda dengan A-SME Flex lebih mudah dan menyenangkan. Begini caranya:



MUDAH DISESUAIKAN

Kami menawarkan **pelbagai pelan dan manfaat pilihan** untuk disesuaikan mengikut peruntukan dan keperluan berbeza.



MUDAH DIBELI

Proses permohonan kami **mudah, pantas dan tidak merumitkan**. Dapatkan sebut harga serta-merta, sahkan, tandatangan dan hantar secara elektronik.



MUDAH DIURUSKAN

Pengurusan manfaat kakitangan memakan masa. Kami menyediakan **pengalaman mudah** daripada penyertaan kepada proses tuntutan; dengan menawarkan kelebihan seperti **e-Kad perubatan, pembayaran balik tuntutan dalam 5 hari**, dan pelbagai perkhidmatan nilai tambah di hujung jari pekerja anda.



MUDAH UNTUK MEMILIH

Di AIA, kami memberikan **cadangan manfaat** berasaskan industri anda untuk membantu anda merangka pelan yang sesuai bagi kakitangan anda.



Manfaat Asas Perubatan

PENJAGAAN HOSPITAL DAN PEMBEDAHAN

Berikan kemudahan mendapatkan rawatan pesakit luar daripada Doktor Am (GP) dan Doktor Pakar (SP) buat kakitangan dan tanggungan mereka. Bersama pelan kemasukan hospital, kakitangan anda akan menikmati perlindungan penjagaan kesihatan yang menyeluruh.

Bilik & Makanan	Pilihan RM80 hingga RM600
Had Keseluruhan	Pilihan RM20,000 hingga RM400,000
Kelas Diinsuranskan	Setiap Ahli / Setiap Keluarga ¹
Jenis Pelan	Tanpa Tunai / Bayaran Balik / Hospital Kerajaan (GH) sahaja
Deduktibel	RM0 / RM300

Manfaat Perubatan Pilihan

PENJAGAAN PESAKIT LUAR

Berikan kemudahan mendapatkan rawatan pesakit luar daripada Doktor Am (GP) dan Doktor Pakar (SP) buat kakitangan dan tanggungan mereka. Bersama pelan kemasukan hospital, kakitangan anda akan menikmati perlindungan penjagaan kesihatan yang menyeluruh.

Doktor Am (GP)	
Had Keseluruhan	Pilihan RM1,500 hingga RM5,000 atau tidak terhad
Jenis Pelan	Klinik Panel / Klinik Panel & Bukan Panel
Deduktibel	RM0 / RM5 / RM10

Doktor Pakar (SP)	
Had Keseluruhan	Pilihan RM1,000 hingga RM5,000 atau tidak terhad
Jenis Pelan	Tanpa Tunai ² / Bayaran Balik / Rujukan / Kunjungan Terus ² / Pakar Pediatrik Terus ²
Deduktibel	RM0 / RM15 / RM30

Had Penjagaan Pesakit Luar	
Had Berasingan / Had GP & SP Tergabung	

¹ Had Setiap Keluarga bagi Manfaat Perubatan Pesakit Luar tidak disediakan.

² Tanpa Tunai, Kunjungan Terus dan Pakar Pediatrik Terus tertakluk kepada had minimum RM2,000.

Manfaat Asas Hayat Bertempoh Kumpulan

MANFAAT HAYAT

Manfaat Hayat Bertempoh Kumpulan memberikan jaminan kewangan kepada kakitangan sekiranya berlaku kematian awal.

HILANG UPAYA MENYELURUH DAN KEKAL

Jika seseorang kakitangan hilang upaya disebabkan oleh kecederaan atau penyakit, pampasan daripada manfaat ini boleh mengurangkan beban kewangan yang dialami.

HILANG UPAYA SEBAHAGIAN DAN KEKAL

Pampasan menurut Skala Indemniti seperti yang dinyatakan di bawah Jadual Manfaat Polisi akan dibayar jika kakitangan mengalami hilang upaya sebahagian kekal disebabkan oleh penyakit atau kemalangan.

PENYAKIT MAUT

Manfaat ini akan dibayar jika Ahli Diinsuranskan meninggal dunia dalam masa dua belas (12) bulan selepas mengalami Penyakit Maut.

PERBELANJAAN PENGHANTARAN PULANG

Melindungi kos perbelanjaan bagi pengangkutan jenazah pulang ke Negara Asal jika Ahli Diinsuranskan meninggal dunia semasa mengembara di luar Malaysia.

Manfaat Hayat Bertempoh Kumpulan Pilihan

PENYAKIT KRITIKAL

Penyakit serius boleh menimbulkan beban kewangan. Apabila disahkan menghidap penyakit kritikal, Ahli Diinsuranskan akan menerima pampasan yang boleh membantu meringankan beban kewangan.

- Rider Penyakit Kritikal Tidak Dipercepatkan
- Rider Penyakit Kritikal Dipercepatkan

Manfaat Pilihan

GROUP MEDCARE

Pengurusan Kes Perubatan Peribadi (PMCM)* ialah manfaat nilai tambah yang menyediakan:

- Capaian kepada doktor pakar yang terkemuka di dunia
- Sokongan perubatan daripada peringkat diagnosis kepada pemulihan

*Manfaat ini diguna pakai bagi Pelan Perubatan Kumpulan sahaja.

AIA VITALITY KORPORAT

AIA Vitality ialah program kesihatan berasaskan sains yang memberi ganjaran kepada kakitangan anda yang membuat pilihan sihat. Program ini memperkasakan mereka dengan ilmu, alat dan dorongan untuk mencapai matlamat kesihatan masing-masing. Berasaskan kajian terbaharu dalam bidang ekonomi tingkah laku dan insentif, pelan ini dirangka untuk menggalakkan perubahan tingkah laku jangka panjang dalam kesihatan. Sesebuah organisasi boleh memanfaatkan platform AIA Vitality untuk meningkatkan penjagaan kesihatan dan penglibatan kakitangan.

Tertakluk kepada terma & syarat

Jadual Manfaat

Penjagaan Hospital & Pembedahan – Asas	
Had Keseluruhan (Setiap Tahun Polisi)	RM20,000 hingga RM400,000 (dalam gandaan RM20,000)
Jumlah Deduktibel	Deduktibel Sifar atau RM300 setiap hilang upaya
1. Penjagaan Dalam Hospital	
1.1 Bilik dan Makanan Hospital	
i) Bilik Biasa (sehingga maks 180 hari setiap hilang upaya)	RM80 hingga RM600 (dalam gandaan RM10)
ii) Unit Rawatan Rapi (sehingga maks 30 hari setiap hilang upaya)	Mengikut Caj
1.2 Bekalan dan Perkhidmatan Hospital	
1.3 Yuran Pembedahan	
1.4 Yuran Pakar Bius	
1.5 Caj Bilik Pembedahan	Mengikut Caj
1.6 Kunjungan Doktor Di Hospital (sehingga maks 180 hari setiap hilang upaya)	
1.7 Elaun Tunai Harian Hospital Kerajaan Malaysia (sehingga maks 180 hari setiap hilang upaya)	RM200
2. Penjagaan Ambulatori	
2.1 Perkhidmatan Prapembedahan/Diagnostik Perubatan (dalam masa 60 hari)	
2.2 Rundingan Prapembedahan/Pakar Perubatan (dalam masa 60 hari)	
2.3 Pandangan Kedua Tentang Pembedahan	
2.4 Rawatan Selepas Keluar Hospital (sehingga maks 60 hari selepas keluar dari hospital)	Mengikut Caj
2.5 Rawatan Kemalangan Pesakit Luar Kecemasan (dalam masa 24 jam sehingga maks 14 hari)	
2.6 Rawatan Pergiagian Akibat Kemalangan (dalam masa 24 jam sehingga maks 14 hari)	
2.7 Prosedur Penjagaan Siang (Pembedahan/Perubatan)	
2.8 Yuran Ambulans	
2.9 Rawatan Pesakit Luar Kecemasan (maksimum setiap Hilang upaya dari 10.00 mlm hingga 8.00 pg)	RM100
2.10 Bayaran Balik Yuran Laporan Perubatan	RM80
2.11 Terapi Pemulihan Pesakit Luar, Kemoterapi, Terapi Radiasi, Dialisis Buah Pinggang	Mengikut caj
3. Elaun Ehsan (Semua Sebab)	
	RM10,000

Perhatian:

- Had Keseluruhan – Manfaat maksimum yang perlu dibayar dalam tahun polisi tanpa mengira bilangan hilang upaya.
- Sila rujuk kepada Kontrak Polisi Induk untuk keterangan terperinci manfaat.
- Sebarang rawatan dan kunjungan susulan atau selepas keluar hospital adalah atas dasar bayaran balik.

Penjagaan Pesakit Luar GP & Doktor Pakar – Pilihan	
Had Perlindungan	Had Berasingan atau Had GP & SP Tergabung
1. Penjagaan Pesakit Luar Doktor Am (GP)	
1.1 Had keseluruhan setiap tahun polisi	RM1,500 hingga RM5,000 (dalam gandaan RM500) atau tidak terhad
1.2 Jumlah Deduktibel	Deduktibel Sifar atau RM5 atau RM10
1.3 Kunjungan ke Klinik GP	Tanpa Tunai (Klinik Panel atau Klinik Panel & Bukan Panel)
1.4 Kunjungan Kecemasan ke Klinik GP Bukan Panel	
1.5 Pap-Smear di Klinik GP Panel sahaja (maks sekali setiap tahun polisi)	Mengikut Caj
1.6 Perlindungan luar negara (Atas Dasar Bayaran Balik)	RM40 setiap kunjungan
2. Penjagaan Pesakit Luar Doktor Pakar	
2.1 Had keseluruhan setiap tahun polisi	RM1,000 hingga RM5,000 (dalam gandaan RM500) atau tidak terhad
2.2 Jumlah Deduktibel	Deduktibel Sifar atau RM15 atau RM30
2.3 Kunjungan Doktor Pakar	Tanpa Tunai / Atas Dasar Bayaran Balik (Rujukan/Kunjungan Terus/ Pakar Pediatrik Terus)
2.4 Perkhidmatan Diagnostik Pesakit Luar	
2.5 Perlindungan luar negara	Atas Dasar Pembayaran Balik RM150 setiap kunjungan

Perhatian: Kemudahan tanpa tunai tidak disediakan bagi Klinik Bukan Panel.
Had minimum bagi Tanpa Tunai/Kunjungan Terus/Pakar Pediatrik Terus ialah RM2,000.

Group MedCare – Pengurusan Kes Perubatan Peribadi – Pilihan
Manfaat nilai tambah yang menyediakan perkhidmatan Pengurusan Kes Perubatan Peribadi, untuk memastikan anda menerima rawatan yang terbaik dan sokongan peribadi secara berterusan sepanjang proses rawatan apabila anda disahkan menghidap masalah perubatan serius. Untuk maklumat lanjut, sila rujuk kepada brosur Group MedCare.

Peratus Jumlah Insurans

Hayat Bertempoh Kumpulan – Asas	
Pilihan Jumlah Diinsuranskan Asas	Pilihan (A) : Jumlah Diinsuranskan Tetap
	500,000 450,000 400,000 350,000 300,000 250,000 200,000 150,000 100,000 50,000 20,000
	Pilihan (B) : Gaji Pokok Bulanan (MBS)
	60xMBS 48xMBS 42xMBS 36xMBS 30xMBS 24xMBS 18xMBS 12xMBS 6xMBS
1. Kematian (semua sebab**)	100% daripada Jumlah Diinsuranskan Asas
2. Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal (HUMK) (semua sebab**)	100% daripada Jumlah Diinsuranskan Asas
3. Hilang Upaya Sebahagian dan Kekal (HUSK) (semua sebab**- menurut Skala Indemniti)	100% daripada Jumlah Diinsuranskan Asas
4. Manfaat Penghantaran Pulang	Perbelanjaan sebenar ditanggung bagi perkhidmatan penghantaran pulang yang dilindungi atau sehingga maksimum RM100,000, yang mana lebih rendah
5. Penyakit Maut	100% daripada Jumlah Diinsuranskan Asas atau sehingga jumlah maksimum RM100,000, yang mana lebih rendah

** Tertakluk kepada Terma dan Syarat Kontrak Polisi.

Perhatian:

1. Jumlah Diinsuranskan Asas tertakluk kepada had maksimum RM4.0 juta.
2. Had Tanpa Bukti (NEL) diguna pakai hanya untuk 11-200 kakitangan.
3. Pengecualian: HUMK/HUSK: 5-200 Kakitangan tertakluk kepada keadaan sedia ada 12 bulan.

Jadual Indemniti Hilang Upaya Sebahagian & Kekal	Peratus Jumlah Insurans
1. Kehilangan penglihatan menyeluruh kekal kedua-dua belah mata	100%
2. Kehilangan penglihatan menyeluruh kekal sebelah mata	100%
3. Kehilangan atau Kehilangan Penggunaan Menyeluruh Kekal dua anggota	100%
4. Kehilangan atau Kehilangan Penggunaan Menyeluruh Kekal satu anggota	100%
5. Hilang upaya bertutur dan mendengar	100%
6. Tidak siaman secara kekal dan tidak boleh sembuh	100%
7. Lumpuh semua anggota secara kekal dan tidak boleh sembuh	100%
8. Kehilangan pendengaran menyeluruh kekal dalam (a) kedua-dua telinga (b) sebelah telinga	75% 25%
9. Hilang upaya bertutur	50%
10. Kehilangan Menyeluruh Kekal kanta pada sebelah mata	50%
11. Kehilangan atau Hilang Penggunaan Menyeluruh empat jari dan ibu jari (a) tangan kanan (b) tangan kiri	70% 50%
12. Kehilangan atau Hilang Penggunaan Menyeluruh Kekal Empat Jari (a) tangan kanan (b) tangan kiri	40% 30%
13. Kehilangan atau Hilang Penggunaan Menyeluruh Kekal satu ibu jari (a) kedua-dua ruas kanan (b) satu ruas kanan (c) kedua-dua ruas kiri (d) satu ruas kiri	30% 15% 20% 10%
14. Kehilangan atau Hilang Penggunaan Menyeluruh Kekal jari tangan (a) tiga ruas kanan (b) dua ruas kanan (c) satu ruas kanan (d) tiga ruas kiri (e) dua ruas kiri (f) satu ruas kiri	10% 7.5% 5% 7.5% 5% 2%
15. Kehilangan atau Hilang Penggunaan Menyeluruh Kekal jari kaki (a) semua – kedua-dua kaki (b) ibu jari – kedua-dua ruas (c) ibu jari – satu ruas (d) selain daripada ibu jari, setiap jari	15% 5% 3% 1%
16. Patah kaki atau patela yang tidak boleh bercantum	10%
17. Pemendekan kaki sekurang-kurangnya 5sm	7.5%

Perhatian: Bagi Ahli Diinsuranskan yang kidal, peratus yang merujuk kepada tangan kanan akan diguna pakai untuk tangan kiri dan begitu juga sebaliknya.

Hayat Bertempoh Kumpulan: Penyakit Kritikal (CI) – Pilihan	Jumlah Diinsuranskan (RM)
Pilihan (A): Penyakit Kritikal Tidak Dipercepatkan¹	Pembayaran Jumlah Sekali Gus 25% / 50% / 75% / 100% daripada Jumlah Diinsuranskan Asas selepas diagnosis penyakit kritikal
Pilihan (B): Penyakit Kritikal Dipercepatkan²	
Penyakit Kritikal Yang Dilindungi	
1. Kegagalan Buah Pinggang	22. Penyakit Parkinson
2. Serangan Jantung	23. Penyakit Neuron Motor
3. Strok	24. Anemia Aplastik Kronik
4. Kanser	25. Hilang Upaya Bertutur
5. Sklerosis Berbilang	26. Kegagalan Hati Peringkat Akhir
6. Hipertensi Arteri Plumonari Utama	27. Ensefalitis
7. Hepatitis Virus Fulminan	28. Meningitis Bakteria
8. Buta	29. Pembedahan Otak
9. Pembedahan Pintasan Arteri Koronari	30. Angioplasti Dan Rawatan Invasif Lain Untuk Penyakit Arteri Koronari
10. Pemindahan Organ Utama / Sumsum Tulang	31. Penyakit Arteri Koronari Serius
11. Pembedahan Injap Jantung	32. Kardiomiopati
12. Pembedahan Aorta	33. Hilang Upaya Berdikari
13. Luka Terbakar/Kelecuran Tahap Ketiga	34. Lumpuh Anggota
14. Distrofi Otot	35. Trauma Kepala Serius
15. Jangkitan HIV Disebabkan Transfusi Darah	36. Penyakit Sistik Medulari
16. Koma	37. Aids Gejala Penuh
17. Pekak	38. Jangkitan Virus Kurang Daya Tahan Penyakit (HIV) Disebabkan Pekerjaan
18. Penyakit Paru-Paru Peringkat Akhir	39. Lupus Eritematosus Sistemik Dengan Kerumitan Buah Pinggang Teruk
19. Tumor Otak Benigna	
20. Penyakit Alzheimer/Demensia Teruk	
21. Penyakit Maut	

¹ Pembayaran sekali gus tidak lebih daripada peratus (%) yang dipilih perlu dibayar selepas diagnosis mana-mana Penyakit Kritikal dilindungi dan nilai penuh Jumlah Diinsuranskan Asas (100%) akan dibayar apabila berlaku kematian dan hilang upaya menyeluruh dan kekal (HUMK), tertakluk kepada jumlah maksimum RM500,000.

² Pembayaran sekali gus tidak lebih daripada peratus yang dipilih perlu dibayar selepas diagnosis mana-mana Penyakit Kritikal dilindungi dan baki peratus (%) Jumlah Diinsuranskan Asas perlu dibayar apabila berlaku kematian atau hilang upaya menyeluruh kekal (HUMK), tertakluk kepada jumlah maksimum RM500,000.

Contoh:

Andaikan Jumlah Diinsuranskan Asas Hayat Bertempoh Kumpulan ialah RM100,000 dan peratus yang dipilih bagi rider Penyakit Kritikal ialah 25%.

Jenis Manfaat	Jumlah Perlu Dibayar Selepas Diagnosis (RM)	Jumlah Perlu Dibayar Apabila Berlaku Kematian atau HUMK (RM)
Penyakit Kritikal Tidak Dipercepatkan	25,000	100,000
Penyakit Kritikal Dipercepatkan	25,000	75,000

Perubatan atau Hayat Bertempoh Kumpulan – AIA Vitality (AIAV)

Hanya satu (1) keahlian boleh dibeli bagi setiap kakitangan. Jika kakitangan sudah menjadi ahli AIA Vitality, keahlian kakitangan akan ditaja oleh majikan. Tahun keahlian kakitangan atau sebarang Mata AIA Vitality yang dikumpulkan tidak terjejas.

Sila rujuk kepada brosur AIA Vitality untuk maklumat lanjut.

Perhatian:

- Semua jumlah yang ditunjukkan pada Jadual Manfaat adalah dalam Ringgit Malaysia (RM) melainkan dinyatakan sebaliknya.
- Kami hanya membayar balik caj wajar dan munasabah bagi perbelanjaan layak.
- Maklumat di atas adalah tidak menyeluruh. Anda disyorkan untuk meminta salinan Lembaran Pendedahan Produk untuk mendapatkan maklumat lanjut tentang produk ini. Untuk penjelasan terperinci tentang manfaat, pengecualian, terma dan syarat, sila rujuk kepada kontrak polisi.

Manfaat Perubatan (Kemasukan Hospital & Penjagaan Pesakit Luar)

Pengecualian

Tiada manfaat akan dibayar bagi mana-mana daripada perkhidmatan, produk atau keadaan berikut atau kecederaan yang disebabkan oleh:

1. Pembedahan plastik/kosmetik atau rawatan termasuk (tetapi tidak terhad kepada) kelopak mata berganda, akne (jerawat batu), keloid, parut, kutil kulit, ginekomastia, alopesia tersebar / keguguran rambut dll atau rawatan bagi kerumitannya.
2. Rawatan dan penjagaan yang bersifat eksperimen, penyiasatan atau perkhidmatan tidak terbukti dan tidak menurut piawaian profesional yang diterima pakai dan/atau tidak perlu dari segi perubatan. Pengecualian termasuk (tetapi terhad kepada) rawatan seperti:
 - rawatan sel tunjang, rawatan berkaitan dan sebarang kerumitan yang timbul selepas itu,
 - jaminan darah,
 - terapi hormon dan terapi penggantian hormon kecuali menopause yang dicetus menerusi pembedahan.
 - rawatan pembedahan secara khusus untuk mengurangkan atau menambah berat badan.
3. Rawatan untuk kecederaan yang dialami semasa melakukan jenayah, feloni atau semasa berada di bawah pengaruh alkohol, narkotik atau bahan yang menjejaskan pertimbangan, atau bunuh diri, percubaan bunuh diri atau kecederaan yang disengajakan sama ada semasa siaman atau tidak siaman.
4. Sebarang rawatan, perkhidmatan dan bekalan untuk program pemberhentian merokok dan rawatan untuk atau yang timbul daripada salah guna bahan seperti, alkohol, narkotik dll.
5. Penjagaan kejururawatan peribadi, penjagaan kawalan dalam apa-apa persekitaran atau khidmat kunjungan ke rumah yang diambil oleh Ahli Diinsuranskan atau perkhidmatan untuk rawatan rehat yang disediakan oleh pusat rawatan / rumah penjagaan khususnya untuk tujuan pemulihan.
6. Kaedah perancang keluarga kontraseptif kimia atau mekanikal atau rawatan berkaitan dengan ketidaksuburan. Disfungsi seks dan ujian atau rawatan berkaitan dengan mati pucuk atau pemandulan.
7. Penyiasatan dan rawatan berkaitan kehamilan termasuk melahirkan anak, Kehamilan Ektopik dan Tahi Lalat Vesikel dan semua kerumitan yang timbul daripadanya. Bagaimanapun, pengecualian ini tidak diguna pakai bagi sebarang keguguran di bawah 28 minggu atas sebab kemalangan di bawah Polisi Asas tetapi tertakluk kepada had bagi perlindungan tersebut. Bagaimanapun, jika perlindungan Ahli Diinsuranskan meliputi Manfaat Bersalin, ia tertakluk kepada had manfaat yang berkenaan.
8. Pembedahan pertukaran jantina dan terapi hormon seks yang berkaitan dengan pembedahan tersebut.
9. Berkhatan melainkan perlu dari segi perubatan untuk merawat penyakit.
10. Keadaan yang berkaitan dengan penyakit kelamin, AIDS dan kerumitan berkaitan AIDS dan susulannya, dan sebarang penyakit berjangkit yang memerlukan kuarantin di bawah undang-undang.
11. Terapi alternatif seperti (tetapi tidak terhad kepada) Akupunktur, Akutekanakan, Kiropraktor, Refleksologi, Pelarasan Tulang, Urut, Aromaterapi, Herba, Podiatri, rundingan dan rawatan Diet, perkhidmatan/terapi pendidikan & Ubat Sampingan Tradisional dll.
12. Vitamin/Pemakanan Tambahan, Rawatan Herba, Agen Antikeygemukan / Mengurangkan Berat, Pelincir Mata dan sebarang pemakanan tambahan, ubat dan bekalan perubatan preksripsi dan bukan preksripsi pesakit luar.
13. Sabun, Syampu, Pembersih, Krim Vitamin, Minyak Vitamin, Pelembap, Pelincir, Antipenuaan, Rawatan Pencerahan dan sebarang produk dengan kesan yang serupa.
14. Gangguan psikotik, mental atau saraf dan masalah tingkah laku termasuk sebarang neurosis dan tanda fisiologi atau psikosomatik.
15. Sebarang rawatan atau penilaian bagi penyakit kongenital (sejak lahir), keturunan atau tumbesaran, kecacatan dan sebarang Kehilangan upaya atau kerumitan yang timbul daripadanya termasuk tetapi tidak terhad kepada sista dermoid, hernia / hidrosel kanak-kanak (semua hernia sehingga usia enam tahun adalah tidak dilindungi), kaki tombol, Kecacatan Septum Ventrikel (VSD), Kecacatan Septum Atrium (ASD), Talasemia, Juling, Hemangioma, Ubat Sampingan Tradisional dll.
16. Penyakit atau kehilangan upaya anak baru lahir yang dialami sebelum atau semasa dilahirkan atau dalam masa 14 hari pertama selepas itu.
17. Ujian alahan – darah/topikal termasuk ujian tompok.
18. Kemasukan hospital terutamanya untuk tujuan penyiasatan, pemeriksaan fizikal rutin, pemeriksaan kesihatan, rawatan pencegahan dan ujian diagnostik yang tidak berkaitan dengan rawatan atau diagnosis kehilangan upaya dilindungi.
19. Terapi Pertuturan dan Pekerjaan apabila bukan sebahagian daripada program pemulihan selepas dimasukkan ke hospital akibat trauma, melainkan ia merupakan susulan kepada Kehilangan Upaya Pesakit Dalam dan tertakluk kepada hadnya.
20. Sebarang rawatan pembetulan bagi kesiapan refraksi termasuk tetapi tidak terhad kepada yang berikut seperti Ortoptik, rangsangan Visual, Keratotomi Radial, Lasik, Intralase, Xiopatik, implan IOL fasik atau pembedahan penggantian kanta intraokular.
21. Semua kaca mata atau kanta lekap pembetulan, kecuali kanta intraokular monofokus dalam pembedahan katarak.
22. Masalah pergigian termasuk:-
 - i) Penjagaan/rawatan pergigian atau pembedahan oral kecuali perlu disebabkan Kecederaan Akibat Kemalangan. Bagaimanapun ini tidak termasuk penggantian gigi asli, pemasangan gigi palsu, dan perkhidmatan prostetik, seperti jambatan & korona penggantinya dalam kes Kecederaan Akibat Kemalangan.
 - ii) Pembedahan tulang rahang atas dan bawah kecuali bagi rawatan langsung untuk kecederaan atau kanser traumatik akut.
 - iii) Pembedahan ortopedik, penjajaran rahang, atau rawatan bagi sendi temporomandibular.Jika tidak, Ahli Diinsuranskan mesti mempunyai perlindungan Manfaat Pergigian, tertakluk kepada hadnya.
23. Penggunaan atau pembelian semua peralatan (contoh anggota palsu, alat bantu dengar, kebek udara dan penebula, tekanan saluran udara positif berterusan (CPAP), dialisis peritoneum bergerak berterusan (CAPS), pad ortopedik) dan caj sewa untuk peranti tersebut kecuali semasa penginapan hospital di bawah perlindungan Polisi Asas tetapi tertakluk kepada had bagi perlindungan tersebut.
24. Kesan daripada radiasi atau pencemaran menerusi radioaktiviti dari mana-mana sumber.
25. Peperangan, rusuhan, pemberontakan, kebangkitan, kekacauan awam, letupan senjata perang, aktiviti berkaitan keganasan, perkhidmatan aktif dalam angkatan tentera, penyertaan langsung dalam mogok, perang nuklear, perang/aktiviti biologi dan kimia.
26. Perkhidmatan bukan berbentuk perubatan yang disediakan oleh hospital seperti televisyen, telefon, faks, radio atau kemudahan serupa. Kit/pek pendaftaran dan barangan bukan perubatan lain yang tidak layak (kecuali yuran pendaftaran yang ditanggung semasa dimasukkan ke hospital sahaja). Caj untuk perkhidmatan ini mesti dibayar oleh Ahli Diinsuranskan sebelum keluar dari hospital atau pusat penjagaan siang melainkan dinyatakan sebaliknya.
27. Terapi fizikal atau fisioterapi pesakit luar tidak dilindungi dan tidak boleh dirujuk di peringkat GP. Perkhidmatan ini hanya akan dilindungi apabila dirujuk oleh Pakar dan rawatan mesti disediakan oleh ahli fisioterapi berdaftar. Ahli Diinsuranskan mesti mempunyai perlindungan Polisi Asas, tertakluk kepada hadnya.
28. Terapi pesakit luar, kemoterapi, terapi radiasi, imunoterapi, terapi fotodinamik, dialisis buah pinggang dan protokol rawatan lain yang perlu dari segi perubatan, melainkan Ahli Diinsuranskan mempunyai perlindungan Polisi Asas, tertakluk kepada had manfaat yang berkenaan.
29. Pemvaksinan pencegahan kecuali yang dinyatakan di bawah garis panduan Kementerian Kesihatan Malaysia yang diguna pakai untuk kanak-kanak yang layak sahaja (tertakluk kepada had manfaat Pesakit Luar, jika ada).

30. Perbelanjaan yang ditanggung untuk menderma mana-mana organ badan oleh Ahli Diinsuranskan dan kos pemerolehan organ termasuk semua kos yang ditanggung oleh penderma semasa pemindahan organ dan kerumitannya.
31. Penyiasatan dan rawatan gangguan tidur dan berdengkur.
32. Perbelanjaan yang ditanggung bagi kanta lekap, penggunaan prosedur kosmetik topikal / oral pembedahan dan sebarang kerumitan yang timbul daripadanya.

Had

1. Tiada manfaat akan dibayar bagi mana-mana tempoh kemasukan hospital melainkan seluruh kemasukan dan semua perkhidmatan khas hospital yang diberikan dan pembedahan yang dilakukan, jika ada, telah disyorkan dan diluluskan oleh pengamal perubatan berkelayakan yang sah.
2. Tiada manfaat akan dibayar jika tuntutan penginapan hospital yang dibuat tidak berkaitan dengan diagnosis dan rawatan bagi keadaan di mana kemasukan hospital diperlukan oleh pengamal perubatan yang bertugas.
3. Tiada manfaat perlu dibayar bagi caj, yuran atau perbelanjaan yang tidak dinyatakan dalam Keterangan Manfaat dalam Kontrak Polisi Induk.

Syarat-Syarat Khas

Syarat-syarat berikut akan dikenakan ke atas semua Ahli Diinsuranskan dan orang di bawah tanggungan mereka, jika ada:

- a) Tempoh Menunggu
 - Kelayakan bagi manfaat bermula tiga puluh (30) hari selepas Ahli Diinsuranskan telah dimasukkan dalam Polisi ini, kecuali bagi Kemalangan dilindungi yang berlaku selepas tarikh kuat kuasa perlindungan.
- b) Penyakit Khusus
 - Tiada manfaar perlu dibayar bagi kemasukan hospital, pembedahan dan/atau caj yang ditanggung yang disebabkan secara langsung atau tidak langsung oleh "Penyakit Tertentu" dan kerumitan yang berkaitannya. "Penyakit Tertentu" bermaksud hilang upaya berikut dan kerumitan berkaitannya, yang berlaku dalam masa seratus dua puluh (120) hari Insurans bagi Ahli Diinsuranskan:
 - i) Hipertensi, diabetes melitus dan penyakit kardiovaskular.
 - ii) Semua tumor, kanser, sista, nodul, polip, batu sistem kencing dan sistem hempedu.
 - iii) Semua penyakit telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak.
 - iv) Hernia, hemoroid, fistula, hidrosele, varikosele.
 - v) Endometriosis termasuk penyakit sistem reproduktif.
 - vi) Gangguan vertebrospina (termasuk cakera) dan masalah lutut.

Hayat Bertempoh Kumpulan

Pengecualian

Manfaat Kematian

Tiada manfaat perlu dibayar sekiranya Ahli Diinsuranskan, sama ada dalam keadaan siaman atau tidak siaman, membunuh diri dalam masa enam (6) bulan dari tarikh kuat kuasa perlindungan insurans Ahli Diinsuranskan.

Hilang Upaya Menyeluruh dan Kekal (Semua punca)

Hilang Upaya Sebahagian dan Kekal (Punca semula jadi)

Hilang Upaya Sebahagian dan Kekal (Punca kemalangan)

Manfaat di bawah Fasal ini tidak akan dibayar untuk kejadian berikut:

- a) Bunuh diri, kecederaan disengajakan atau sebarang percubaan melakukannya, sama ada semasa siaman atau tidak siaman;
- b) Peperangan, sama ada diisytiharkan atau tidak, revolusi atau operasi mirip peperangan;

- c) Perlanggaran atau percubaan melanggar undang-undang atau menentang tangkapan;
- d) Memasuki, mengendalikan atau menservis, berada di dalam atau di atas, menaiki atau menuruni sebarang alat atau pengangkutan udara, kecuali semasa Ahli Diinsuranskan berada dalam pesawat yang dikendalikan oleh syarikat penerbangan penumpang komersial dalam perjalanan penumpang terjadual biasa, menggunakan laluan penumpang biasa; dan
- e) Keadaan sedia ada di mana Ahli Diinsuranskan menerima rawatan perubatan, diagnosis, rundingan atau ubat preskripsi dalam tempoh sembilan puluh (90) hari sebelum tarikh kuat kuasa perlindungan dan hilang upaya tersebut bermula untuk tempoh dua belas (12) bulan pertama selepas tarikh kuat kuasa Perlindungan Ahli.

Manfaat Penghantaran Pulang

Tiada manfaat akan dibayar bagi:

- a) Sebarang perbelanjaan yang ditanggung bagi perkhidmatan dan bekalan yang disediakan oleh pengurus mayat atau pengendali jenazah, termasuk tetapi tidak terhad kepada kos keranda, pengawetan dan/atau pembakaran.
- b) Sebarang perbelanjaan bagi pengangkutan jenazah Ahli Diinsuranskan yang tidak diluluskan atau diatur oleh AIAS, atau wakil sah AIAS.

Penyakit Kritikal

Tiada manfaat akan dibayar kepada Ahli Diinsuranskan jika pada pandangan Kami diagnosis Penyakit Kritikal Ahli Diinsuranskan disebabkan secara langsung atau tidak langsung, sepenuhnya atau sebahagiannya oleh Sindrom Kurang Daya Tahan Melawan Penyakit (AIDS) atau mana-mana Virus Kurang Daya Tahan Manusia (HIV).

Penyakit Maut

Tiada manfaat akan dibayar bagi mana-mana daripada berikut yang timbul akibat:

- a) percubaan membunuh diri sama ada dalam keadaan siaman atau tidak siaman dan sama ada bersifat feloni atau tidak, kecederaan badan yang disengajakan, tingkah laku Ahli Diinsuranskan yang mengganggu ketenteraman, atau sekiranya Ahli Diinsuranskan sengaja mendedahkan diri kepada bahaya yang tidak perlu, atau
- b) Sindrom Kurang Daya Tahan Melawan Penyakit (AIDS), atau
- c) Ahli Diinsuranskan terlibat dalam aktiviti memburu, mendaki gunung, penerbangan (kecuali sebagai penumpang yang membayar tambang menaiki penerbangan komersial), perkhidmatan tentera laut, darat atau aeronautik, atau perlumbaan (selain daripada yang menggunakan kaki), atau
- d) peperangan, rusuhan, pemberontakan, kebangkitan, kekacauan awam, letupan senjata perang, perang nuklear, peperangan/ aktiviti biologi dan kimia, atau
- e) radiasi atau pencemaran menerusi radioaktiviti daripada sebarang sumber; atau
- f) berada di bawah pengaruh dadah, narkotik atau alkohol.

Syarat-syarat Khas

Penyakit Kritikal

- Hanya satu bayaran akan dibuat (iaitu tiada bayaran kedua sekiranya berlaku semula Penyakit Kritikal atau selepas diagnosis Penyakit Kritikal yang berbeza)
- Tiada manfaat akan dibayar kepada Ahli Diinsuranskan yang pada bila-bila masa sebelum permulaan Polisi, mengalami Penyakit Kritikal atau mendapatkan nasihat perubatan bagi tanda dan gejala yang wujud berkaitan diagnosis Penyakit Kritikal yang dilindungi.
- Terdapat tempoh menunggu tiga puluh (30) hari dari tarikh kuat kuasa insurans Ahli Diinsuranskan kecuali bagi penyakit berikut, yang tertakluk kepada tempoh menunggu enam puluh (60) hari. Tiada manfaat akan dibayar jika Ahli Diinsuranskan disahkan menghadapi penyakit kritikal seperti yang ditakrifkan di dalam tempoh ini:
 - i) Kanser.
 - ii) Serangan Jantung.
 - iii) Penyakit Arteri Koronari lain yang serius.
 - iv) Pembedahan Pintasan Arteri Koronari.

Penyakit Maut

- a) Hanya satu bayaran perlu dibuat (iaitu tiada pembayaran kedua sekiranya berlaku semula Penyakit Maut atau selepas diagnosis Penyakit Maut yang berbeza).
- b) Selepas kelulusan bayaran Penyakit Maut, perlindungan Ahli Diinsuranskan bagi Polisi Asas ini tidak boleh diperbaharui.

Tiada manfaat akan dibayar kepada Ahli Diinsuranskan yang pada bila-bila masa sebelum permulaan skim ini, mengalami Penyakit Maut atau mendapatkan nasihat perubatan bagi tanda atau gejala yang wujud dan berkaitan dengan diagnosis Penyakit Maut.

Bagi seorang Ahli baharu yang diinsuranskan selepas tarikh kuat kuasa insurans, tempoh menunggu sembilan puluh (90) hari dari tarikh kuat kuasa Ahli Diinsuranskan akan dikenakan. Perlindungan insurans tidak disediakan dan jika premium telah dibayar, premium tersebut akan dipulangkan tanpa faedah dalam keadaan berikut:

- a) Jika Ahli Diinsuranskan disahkan menghidap Penyakit Maut dalam tempoh menunggu ini; dan/atau
- b) Ahli Diinsuranskan mendapatkan nasihat perubatan bagi tanda dan gejalawujud yang berkaitan dengan diagnosis Penyakit Maut dalam tempoh menunggu ini.

Bagaimanapun, apabila Polisi ini dikeluarkan sebagai "polisi pengambilalihan" maka tempoh menunggu adalah tidak berkenaan.

"Polisi Pengambilalihan" bermaksud Polisi di mana AIA telah mengeluarkan terma dan syarat yang serupa atau sebahagian besarnya serupa bagi Polisi yang sebelum ini dikeluarkan oleh syarikat insurans lain.

Dalam kes Polisi pengambilalihan, jika Ahli Diinsuranskan disahkan menghidap Penyakit Kritis pada tarikh kuat kuasa insurans, manfaat yang akan dibayar ialah manfaat di bawah Polisi sebelumnya atau manfaat di bawah Polisi ini, yang mana lebih tinggi, dengan syarat AIA telah mendapatkan Nilai Insurans yang diluluskan dan satu Salinan Polisi terdahulu.

- Anda hendaklah memastikan bahawa produk ini paling sesuai untuk memenuhi keperluan syarikat anda dan sesuai dengan sumber syarikat anda dan anda bersetuju dengan premium yang perlu dibayar di bawah Polisi. Polisi ini akan tamat jika premium tidak dibayar dalam tempoh ihsan (60) hari dari tarikh kena bayar.
- Sila ambil perhatian bahawa pengecualian, had, terma dan syarat yang dinyatakan di dalam brosur ini adalah tidak menyeluruh. Sila rujuk kepada Kontrak Polisi untuk butiran terperinci mengenai manfaat, pengecualian, had, terma dan syarat.
- Anda hendaklah memastikan bahawa maklumat penting berkaitan Polisi didedahkan kepada anda dan anda faham maklumat yang didedahkan. Sekiranya terdapat maklumat tidak jelas, anda hendaklah mendapatkan penjelasan daripada AIA.
- Langkah bertukar daripada satu Polisi kesihatan kepada yang lain boleh merugikan anda kerana anda mungkin dikenakan syarat-syarat taja jamin baharu untuk tempoh menunggu/pengecualian penyakit tertentu/ keadaan sedia ada di bawah Polisi baharu.
- Sila ambil perhatian bahawa bagi sebarang hilang upaya yang timbul daripada kecederaan semasa bekerja, di mana Pihak Diinsuranskan telah menerima manfaat di bawah Ordinan Pampasan Pekerja, PERKESO atau undang-undang yang serupa, AIA tidak akan mengenakan apa-apa caj melainkan manfaat yang diterima tidak menampung sepenuhnya caj yang ditanggung, yang dilindungi di bawah Polisi.
- Sila ambil perhatian bahawa jika seseorang yang Diinsuranskan telah menerima insurans perubatan atau Pelan Kerajaan Lain, AIA tidak menanggung sebarang caj melainkan manfaat yang diterima tidak menampung sepenuhnya caj yang ditanggung, yang dilindungi di bawah Polisi.
- Maklumat yang terkandung di dalam ini adalah tepat pada masa percetakan.

Soalan Lazim

S: Siapakah yang layak untuk menerima perlindungan?

J: Semua kakitangan sepenuh masa dan aktif bekerja (antara umur 16 hingga 64 tahun), dalam kelas pekerjaan 1 hingga 4 layak untuk perlindungan Perubatan dan Hayat Bertempoh Kumpulan.

Suami/isteri kakitangan (antara umur 16 hingga 64 tahun) dan anak belum berkahwin (lebih empat belas (14) hari tetapi di bawah sembilan belas (19) tahun atau dua puluh tiga (23) tahun jika masih belajar sepenuh masa dan tidak bekerja) layak untuk perlindungan Perubatan (asas dan pilihan) sahaja.

S: Bagaimana saya mendaftarkan syarikat saya untuk A-SME Flex?

J: Sungguh mudah, anda hanya perlu menghubungi seorang wakil AIA dan beliau akan membantu melengkapkan dan mengemukakan permohonan anda menerusi platform elektronik AIA. Sila kemukakan permohonan yang lengkap bersama pembayaran premium. Perlindungan bagi syarikat anda akan bermula selepas diterima AIA, tertakluk kepada bukti kelayakan insurans yang sewajarnya.

S: Adakah terdapat borang lain untuk diisi/keperluan lain untuk dipenuhi?

J: Bagi Manfaat Hayat Bertempoh Kumpulan, semua kakitangan perlu melengkapkan Borang Perakuan Kesihatan Diri bagi mana-mana daripada keadaan berikut:
i. Bilangan kakitangan bersamaan dengan atau kurang daripada sepuluh (10); atau
ii. Kakitangan dengan Jumlah Diinsuranskan yang melebihi jumlah Had Tiada Bukti.

Bagaimanapun, bagi Manfaat Perubatan, Borang Perakuan Kesihatan Diri diperlukan untuk syarikat-syarikat dengan sepuluh (10) kakitangan atau kurang.

S: Bagaimana kadar premium dikenakan?

J: Kadar premium pada permulaan polisi adalah berasaskan pengalaman tuntutan asas dan inflasi tuntutan perubatan bagi portfolio manfaat kakitangan korporat AIA. Polisi ini dikeluarkan untuk tempoh satu (1) tahun dan premium boleh disemak semula untuk pembaharuan selanjutnya. Syarat-syarat pembaharuan akan dikeluarkan tiga puluh hari (30) hari sebelum tarikh luput polisi.

S: Apa yang berlaku apabila seseorang kakitangan meletakkan jawatan, atau apabila terdapat kakitangan baharu?

J: Penambahan atau pengurangan kakitangan boleh dilakukan menerusi AIA+ Corporate Portal yang disediakan untuk anda 24/7 di hujung jari anda. Pada masa yang sama, permohonan boleh dibuat menerusi e-mel ke my.mbrupdate@aia.com atau hubungi ejen perkhidmatan anda. AIA akan mengenakan premium atas dasar prorata berasaskan kekerapan pelarasan bil polisi anda.

S: Bolehkah saya menukar/menaik taraf manfaat kakitangan saya?

J: Ya, perubahan/naik taraf manfaat boleh dilakukan pada Ulang Tahun Polisi dan tertakluk kepada penerimaan oleh AIA.

S: Apakah yang dimaksudkan dengan kecemasan?

J: Kecemasan bermaksud rawatan yang diperlukan dalam keadaan di mana bantuan perubatan serta-merta perlu diberikan dalam masa dua puluh empat (24) jam selepas mengalami kecederaan, penyakit atau gejala yang berlaku secara tiba-tiba dan teruk, jika tidak ia mungkin mengancam nyawa (cth. kemalangan dan serangan jantung) atau boleh menyebabkan kemerosotan kesihatan yang ketara.

S: Adakah A-SME Flex menyediakan perlindungan di luar negara?

J: Ya, semua manfaat diguna pakai di seluruh dunia, dua puluh empat (24) jam sehari. Bagaimanapun, jika Ahli Diinsuranskan memilih untuk atau dirujuk untuk dirawat di luar Malaysia oleh doktor yang bertugas, manfaat yang perlu dibayar adalah berasaskan caj yang lazim dan perlu dari segi perubatan untuk rawatan yang setara di Malaysia, tidak termasuk kos pengangkutan ke tempat rawatan.

Untuk penjagaan pesakit luar, Ahli Diinsuranskan dilindungi sehingga had maksimum sebanyak RM40 setiap kunjungan untuk Doktor Am (GP) dan RM150 untuk Doktor Pakar (SP).

S: Apakah maksud Deduktibel?

J: Sebagai contoh, jika jumlah deduktibel RM300 dipilih untuk kemasukan hospital, Ahli Diinsuranskan / Pemegang Polisi perlu membayar RM300 pertama yang ditanggung bagi setiap hilang upaya, manakala kami menanggung baki perbelanjaan layak lain. Sebagai contoh, jika Ahli Diinsuranskan menanggung bil perubatan RM1,000, Ahli Diinsuranskan/Pemegang Polisi perlu membayar deduktibel RM300 dan pelan insurans akan membayar baki RM700.

S: Apakah perlindungan di bawah pelan Hospital Kerajaan (GH Sahaja)?

J: Jika pelan “GH sahaja” dipilih, Ahli Diinsuranskan layak menerima had keseluruhan maksimum RM20,000 setiap tahun polisi dan kos Bilik dan Makanan maksimum yang boleh dituntut ialah RM80 sehari. Bagi manfaat Doktor Pakar(SP), had keseluruhan maksimum ialah RM1,000 setiap tahun polisi.

S: Apakah perbezaan antara “Had Setiap Ahli” dan “Had Setiap Keluarga”?

J: “Had Setiap Ahli” merujuk kepada jumlah wang maksimum yang akan dibayar oleh AIA bagi tuntutan dilindungi untuk setiap individu yang diinsuranskan. Ini bermaksud kakitangan dan tanggungan masing-masing mempunyai had berasingan. Sekiranya tuntutan dibuat oleh seorang ahli, had yang disediakan oleh ahli lain tetap kekal.

“Had Setiap Keluarga” bermaksud kakitangan dan tanggungannya dilindungi di bawah satu had setiap tahun polisi. Ini bermakna had boleh digunakan oleh mana-mana atau semua ahli termasuk kakitangan dan suami/isterinya yang layak dan tidak terhad kepada seorang individu dalam kes “Had Setiap Ahli”. Sila ambil perhatian bahawa “Had Setiap Keluarga” diguna pakai hanya bagi Manfaat Penjagaan Hospital.

S: Apakah perbezaan antara “Had Berasingan” dan “Had GP & SP Tergabung”?

J: “Had Berasingan” bermaksud Penjagaan Pesakit Luar Doktor Am (GP) dan Penjagaan Pesakit Luar Doktor Pakar (SP) akan mempunyai hadnya yang tersendiri. Sebagai contoh, RM2,000 untuk GP dan RM1,000 untuk SP. Manakala, “Had GP & SP Tergabung” bermaksud had dikongsi bagi GP dan SP. Syarat minimum bagi “Had GP & SP Tergabung” ialah RM2,000. Dalam keadaan ini, jika “Had GP & SP Tergabung” ialah RM2,000, maka ahli diinsuranskan boleh membuat tuntutan sehingga RM2,000 secara sepenuhnya bagi GP atau SP atau kombinasi secara tergabung bagi GP dan SP.

S: Bagaimana saya boleh mendaftarkan kakitangan saya untuk manfaat Group Medicare – Pengurusan Kes Perubatan Peribadi (PMCM)?

J: Anda perlu mengambil pelan kemasukan hospital bagi kakitangan anda untuk mendaftarkan mereka untuk Group Medicare - Pengurusan Kes Perubatan Peribadi.

S: Bagaimana PMCM berfungsi?

J: Penyedia perkhidmatan kami, Teladoc, akan melantik satu pasukan pengurusan kes perubatan peribadi yang terkhusus (“Pasukan PMCM”), yang diketuai oleh pengurus kes pakar perubatan untuk menilai semula dan menguruskan keadaan perubatan anda. Pasukan PMCM akan terlebih dahulu membantu anda mengumpulkan dan mengkaji semula maklumat perubatan dan keputusan ujian anda yang sedia ada. Pasukan PMCM juga akan berunding dengan doktor-doktor pakar terkemuka di seluruh dunia, yang mempunyai kepakaran dalam pelbagai bidang, untuk membuat diagnosis tepat tentang keadaan perubatan anda, memantau kemajuan anda dan menyokong anda sepanjang proses ini sehingga pulih. Sila hubungi AIA Care Line di 1300 88 1899 untuk menyemak kelayakan polisi anda.

(This page is intentionally left blank)
(Muka surat ini sengaja dibiarkan kosong)
(此页是特意留着空白的)

A-SME Flex

招收、激励和保留员工是任何企业都需面对的挑战。您的员工们是公司背后的驱动力，公司的当务之急是确保他们的健康与福利能得到相应的保障。

A-SME Flex是所有员工福利需求的一站式来源，为中小企业提供全面的保障和解决方案。它为公司提供各种医疗保险选项和福利，以适应不同的预算以及各类企业的需求。您可以根据员工们的保障需求定制计划，我们提供广泛的福利，包括门诊保障，人寿保障，严重疾病保障等等。

员工们是您最大的资产。照顾您的员工就是在照顾您的商业。



我们的SMES解决方案



福利推荐

为您的员工们提供合理的
保险计划



灵活及可量身定制

灵活地选择福利的选项和限制



周全的计划

更多的选择以满足不同的
需求和预算



数据化

快速与无缝的经验

A-SME Flex概览

福利推荐



- 我们通过事实调查提供建议和基于需求的解决方案。
- 使您能够与相同或相似行业的公司进行对标, 以为您的员工们制定合理的计划。
- 提供合理的福利方案, 帮助您吸引和留住员工。

1 通过事实调查提供解决方案



制造业



饮食业



零售业

2 根据相同或相似的行业提供建议, 为您的员工制定合理的计划

3 从最适合您公司的三个推荐计划中进行选择

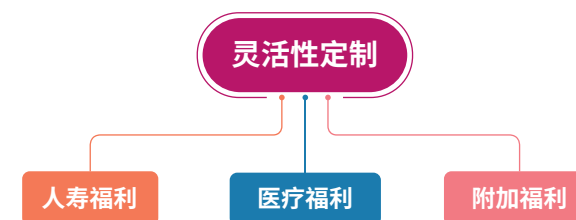
	入门	推荐 基准	商业
福利			
类别	高管	高管	高管
住院			
病房及膳食 年度限额	120 40,000	180 80,000	250 120,000
门诊			
全科医生限额 专科医生限制	2,000 2,000	3,000 3,000	Unlimited Unlimited
总保费	RM94,200	RM117,720	RM147,660

以上仅供说明用途, 其中总保费的报价以60人为准。

灵活及可量身定制



- 定制您的团体健康计划, 选择适合您的业务需求和预算的医疗和定期人寿保险。
- 可灵活地为不同类别的员工们从广泛的福利和保额选项中进行选择。



免赔额



- 免赔额的选项可帮助您管理成本, 同时提供与您的员工们的需求相关的健康保险。
- 有了免赔额, 您还可以管理任何不必要的索赔或滥用的风险, 因为您的员工们也将会参与成本管理中。

团体医疗保障



- 独家访问个人医疗案例管理服务, 确保您的员工们在被诊断患有严重或复杂的疾病时在整个医疗过程中获得最佳的治疗和个性化持续支援。
- 由专门的个人医疗团队提供支持, 医师个案经理领导, 以重新评估和管理您的员工们的健康状况。
- 这项服务是由Teladoc Health, Inc (Teladoc)所提供的, 它是一家专注于全球质量的医疗管理公司。

公司的AIA Vitality



- 旨在为您和您的员工们建立更健康的员工队伍。
- 企业的AIA Vitality是一项附加的健康计划, 赋予员工知识和工具以便做出更健康的选择, 并激励和奖励您和您的员工们变得更健康。健康的员工意味着更高的生产力。

A-SME Flex如何让团体健康保险更方便

从考虑和购买合适的计划到管理您的保单和索赔，
A-SME Flex能让您的旅程变得更轻松，更方便。其中原因为：



易于定制

我们提供一系列的计划和可附加福利以便满足不同的预算和需求。



易于购买

我们的申请流程简单、快速且无忧。现场获取报价、确认、签名并以电子方式提交。



易于管理

管理员工福利非常耗时。我们可提供从入职到索赔过程的**无忧体验**；提供触手可及的**电子医疗卡**、**5天报销**、多种增值服务等优势。



易于选择

我们根据您的行业提供**福利推荐**帮助您为员工们制定合理的计划。



医疗基本福利

医院和外科护理

通过为员工们提供完整的住院计划来照顾他们。从广泛的福利选项中进行选择, 为您的员工们提供最合适的计划。您还可以选择为员工们的家属提供住院保险。

病房及膳食	从RM80到RM600中做出选择
总限额	从RM20,000到RM400,000中做出选择
被保险人类别	每个成员/每个家庭 ¹
计划类型	无现金/报销/仅限政府医院 (GH)
免赔额	RM0 / RM300

可附加的医疗福利

门诊护理

为您的员工们及其家属提供在全科医生 (GP) 和专科护理 (SP) 处获得门诊护理的便利。连同住院计划, 您的员工们将享受全面的医疗保险。

全科医生 (GP)	
总限额	从RM1,500到RM5,000或无限中做出选择
计划类型	小组诊所/小组和非小组诊所
免赔额	RM0 / RM5 / RM10

专科护理 (SP)	
总限额	从RM1,000到RM5,000或无限中做出选择
计划类型	无现金 ² /报销/推荐/直接访问 ² /直访儿科医生 ²
免赔额	RM0 / RM15 / RM30

门诊护理限额	
独立限制/全科医生和专科医生组合限制	

¹ 每个家庭限额不适用于门诊医疗福利。

² 无现金/报销/推荐/直接访问/直访儿科医生的最低限额为RM2,000。

团体定期基本寿险利益

人寿福利

定期人寿福利为您的员工们提供意外死亡时的财务保障。

完全和永久性残疾

如果员工因受伤或生病而致残, 该福利的补偿可以帮助减轻遭受的经济负担。

局部和永久性残疾

如果员工因疾病或事故而遭受永久性部分残疾, 将根据保单福利表中所规定的赔偿标准支付赔偿。

末期疾病

如果受保会员在患绝症后的十二个月内去世, 则将支付此利益。

遣返费用

如果受保会员在马来西亚境外旅行时去世, 将承担将遗体运回原籍国的费用。

可附加的团体定期人寿福利

团体医疗

严重的疾病可能是经济负担。当被诊断患有严重疾病时, 受保成员将获得赔偿, 这将有助于减轻一些经济负担。

- 严重疾病附加险 (不扣除GTL的保障)
- 严重疾病附加险 (扣除GTL的保障)

可附加福利

团体医疗

个人医疗案例管理 (PMCM)* 是一项增值福利, 可提供:

- 接触世界领先的专家
- 从诊断到康复的医疗支援

**此福利仅适用于团体医疗计划。

公司的AIA VITALITY

AIA Vitality是一项有科学依据的健康计划, 旨在奖励员工的健康选择。它赋予他们实现健康目标的知识、工具和动力。使用行为经济学和激励的最新研究, 它旨在鼓励健康的长期行为改变。组织可以利用AIA Vitality平台来推动员工的健康和参与。

适用条款和条件。

福利表

医院和外科护理 - 基本	
总限额(每保单年)	RM20,000至RM400,000 (以RM20,000的倍数计算)
免赔额	零免赔额或每宗残疾RM300
1. 医内护理	
1.1 病房与膳食	
i) 普通病房(每宗残疾最多180天)	RM80至RM600(RM10的倍数)
ii) 重症监护室(每宗残疾最多30天)	按额赔偿
1.2 医院供应与服务费用	
1.3 手术费用	
1.4 麻醉费用	按额赔偿
1.5 手术室费用	
1.6 住院医师访问 (每宗残疾最多180天)	
1.7 马来西亚政府医院每日现金津贴 (每宗残疾最多180天)	RM200
2. 门诊护理	
2.1 手术前/医疗诊断服务(在60天内)	
2.2 手术前/专科诊疗(在60天内)	
2.3 第二手术意见	
2.4 出院后的跟进治疗(出院后最多60天内)	按额赔偿
2.5 急诊门诊意外治疗(24小时内最多60天)	
2.6 紧急意外的外诊治疗(24小时内最多14天)	
2.7 日间护理程序(手术/医疗)	
2.8 救护车费用	
2.9 紧急门诊治疗 (每宗残疾最多可从晚上10点到早上8点)	RM100
2.10 医疗报告费报销	RM80
2.11 门诊复健治疗, 化学疗法, 镭射疗法, 洗肾治疗	按额赔偿
3. 体恤津贴(所有因素)	RM10,000

门诊全科医生和专科医生 - 可附加	
总限额	独立限制/全科医生和专科医生 组合限制
1. 门诊全科医生护理(GP)	
1.1 每个保单年的总限额	RM1,500至RM5,000 (以RM500的倍数计算)或无限制
1.2 免赔额	零免赔额或RM5或RM10
1.3 门诊全科医生诊所就诊	无现金 (小组诊所或小组和非小组诊所)
1.4 紧急非专家组门诊全科医生诊所就诊	
1.5 专家组全科医生诊所的宫颈抹片检查 (每保单年最多一次)	按额赔偿
1.6 海外保障	报销基础 每次访问RM40
2. 门诊专科护理	
2.1 每个保单年的总限额	RM1,000至RM5,000 (以RM500的倍数计算)或无限制
2.2 免赔额	零免赔额或RM15或RM30
2.3 专科医生访问	无现金/报销/推荐/直接访问/ 直访儿科医生
2.4 门诊诊断服务	
2.5 海外保障	报销基础 每次访问RM150

备注: 无现金不适用于非小组诊所。
无现金/直接访问/直接儿科医生的最低限额是RM2,000。

团体医疗 - 个人医疗案例管理 - 可附加

一项提供个人医疗案例管理服务的增值福利, 可确保您在被诊断患有严重疾病时在整个医疗旅程中获得最佳治疗和个性化的持续支持。欲获得更多信息, 请参阅Group MedCare手册。

备注:

- 总括限额 - 一年的最高赔偿额不受限制于伤残的次数。
- 有关利益的详细说明, 请参阅主保单合同。
- 任何后续或住院后治疗和就诊都将在报销的基础上进行。

保险金额百分比

团体定期寿险:基础	
基本保额的选项	选项(A):固定保额
	500,000 450,000 400,000 350,000 300,000 250,000 200,000 150,000 100,000 50,000 20,000
	选项(B):每月的基本工资
	60xMBS 48xMBS 42xMBS 36xMBS 30xMBS 24xMBS 18xMBS 12xMBS 6xMBS
1. 死亡(所有因素**)	100%的基本保额
2. 完全及永久残废(所有因素**)	100%的基本保额
3. 永久性局部残废(所有因素**按照规模赔款)	100%的基本保额
4. 回国辅助金	遣返服务的实际费用或不超过最高RM100,000的赔款,以较低者为标准
5. 末期疾病	100%的基本保额或不超过最高RM100,000的赔款,以较低者为标准

**需符合保单合约的条款及条件限制

部分和永久残疾赔偿表	保险金额百分比
1. 双眼永久完全失明	100%
2. 单眼永久完全失明	100%
3. 两肢丧失或永久完全丧失使用功能	100%
4. 单肢丧失或永久完全丧失使用功能	100%
5. 言语和听力丧失	100%
6. 永久和无法治愈的精神错乱	100%
7. 四肢永久性和无法治愈的瘫痪	100%
8. 永久性完全丧失听力	
(a) 双耳	75%
(b) 单耳	25%
9. 失语	50%
10. 一只眼睛的晶状体永久性完全丧失	50%
11. 四个手指和拇指的丧失或永久完全丧失使用	
(a) 右手	70%
(b) 左手	50%
12. 四个手指的丧失或永久完全丧失使用	
(a) 右手	40%
(b) 左手	30%
13. 拇指的丧失或永久完全丧失使用	
(a) 两个右指骨	30%
(b) 一个右指骨	15%
(c) 两个左指骨	20%
(d) 一个左指骨	10%
14. 手指丧失或永久性完全丧失使用功能	
(a) 三个右指骨	10%
(b) 两个右指骨	7.5%
(c) 一个右指骨	5%
(d) 三个左指骨	7.5%
(e) 二个左指骨	5%
(f) 一个左指骨	2%
15. 脚趾丧失或永久完全丧失使用	
(a) 全部 - 双脚	15%
(b) 大脚趾 - 两个趾骨	5%
(c) 大脚趾 - 一个趾骨	3%
(d) 除了大脚趾外的每个脚趾	1%
16. 腿骨折或髌骨骨折, 骨不连	10%
17. 腿短至少5cm	7.5%

备注:

- 基本保额最高限额为400万令吉。
- 任何公司的员工介于11至200人之间将给与‘No-Evidence Limit(NEL)’。
- 限制:完全和永久残废/永久性局部残废(所有因素):5-200员工将设于12个月的不保现有状况。

备注:如果被保险人是左撇子,与右臂相关的百分比应适用于左臂,反之亦然。

团体定期生活: 严重疾病 (CI) - 可附加	保额 (RM)
选项 (A) : 严重疾病 (不扣除GTL的保障) ¹	确诊严重疾病时, 将一次性支付基本保额的25% / 50% / 75% / 100%
选项 (B) : 严重疾病 (扣除GTL的保障) ²	
受保的严重疾病 (CI)	
1. 肾功能衰竭	21. 绝症
2. 心脏病发作	22. 帕金森病
3. 中风	23. 运动神经元病
4. 癌症	24. 慢性再生障碍性贫血
5. 多发性硬化症	25. 失语
6. 原发性肺动脉高压	26. 终末期肝衰竭
7. 暴发性病毒性肝炎	27. 脑炎
8. 失明 - 永久且不可逆转	28. 细菌性脑膜炎
9. 冠状动脉搭桥手术	29. 脑部手术
10. 主要器官/骨髓移植	30. 冠状动脉疾病的血管成形术和其他侵入性治疗
11. 心脏瓣膜手术	31. 严重的冠状动脉疾病
12. 主动脉手术	32. 心肌病
13. 三度烧伤	33. 丧失独立存在
14. 肌营养不良症	34. 四肢麻痹
15. 输血引起的HIV感染	35. 主要头部创伤
16. 昏迷	36. 髓质囊肿病
17. 耳聋 - 永久且不可逆转	37. 全面的艾滋病
18. 终末期肺病	38. 职业获得性人类免疫缺陷病毒 (HIV) 感染
19. 良性脑瘤	39. 伴有严重肾脏并发症的系统性红斑狼疮
20. 阿尔茨海默病 / 严重痴呆	

¹ 诊断出任何受保的严重疾病时, 将支付不超过所选百分比 (%) 的一次性付款, 死亡或完全和永久残废时, 将支付基本保额的**全额** (100%), 最高金额为RM500,000。

² 诊断出任何受保的严重疾病时, 将支付不超过所选百分比 (%) 的一次性付款, 死亡或完全和永久残废时, 将支付基本保额的**剩余百分比** (%), 最高金额为RM500,000。

例子:

假设GTL的基本保额为RM100,000, 而严重疾病保单附加的百分比为25%。

福利类型	诊断时应支付的金额	死亡或完全和永久残废时应付的金额 (RM)
严重疾病 (不扣除GTL的保障)	25,000	100,000
严重疾病 (扣除GTL的保障)	25,000	75,000

医疗或团体定期寿险 - AIA Vitality (AIAV)

每位员工只能购买一个会员资格。如果员工已经是现有的AIA Vitality会员, 则该员工的会籍将由雇主赞助。员工的会籍年份或累积的任何AIA Vitality积分将不受影响。

请参阅AIA Vitality手册了解更多信息。

备注:

1. 除非另有说明, 否则上述福利表中所显示的所有金额均以马来西亚令吉为单位。

2. 我们只会报销符合条件的合理费用和惯例费用。

3. 以上信息并不详尽。建议您索取产品披露表的副本以了解有关此产品的更多信息。有关其好处, 排除事项的详细说明, 条款及细则, 请参阅保单合约。

医疗福利(住院和门诊护理)

排除

以下的任何服务、产品、状况或因以下原因所导致的伤害均不予支付：

1. 整形/整容手术或治疗, 包括(但不限于)例如双眼皮、痤疮、瘢痕疙瘩、疤痕、皮赘、男子女性型乳房、弥漫性脱发/脱发等, 或治疗其并发症。
2. 试验性、调查性或未经证实的服务, 并不符合公认的专业标准和/或在医学上没有必要。其中包括(但不限于)以下治疗：
 - 干细胞治疗、相关锻炼以及之后出现的任何并发症。
 - 血液担保人。
 - 激素疗法和激素替代疗法, 手术所引起的绝经除外。
 - 专门用于减轻或增加体重的手术治疗。
3. 治疗因犯罪或重罪, 或在酒精、麻醉剂或精神改变物质的影响下, 或自杀, 在清醒或精神错乱时企图自杀或故意自我伤害的伤害。
4. 戒烟计划的任何治疗、服务和用品以及因滥用药物(例如酒精、麻醉剂等)而引起的治疗。
5. 私人护理、任何环境中的监护护理或由受保成员聘请的上门服务或由休息/疗养院提供的纯粹用于康复目的的休息治疗服务。
6. 与不孕症有关的节育或治疗的机械或化学避孕方法。性功能障碍和与阳痿或绝育有关的测试或治疗。
7. 与怀孕有关的检查和治疗, 包括分娩、异位妊娠和水疱痣以及由此引起的所有并发症。但是, 此除外责任并不适用于基本保单承保范围内的因意外原因导致的任何 28 周以下的流产, 但受其对此类承保范围的限制。但是, 如果受保成员拥有生育福利保险, 则应遵守其各自的福利限制。
8. 变性手术和与此类手术相关的性激素治疗。
9. 包皮环切术, 除非在医学上需要治疗疾病。
10. 与性传播疾病、艾滋病和艾滋病的相关并发症或其后遗症有关的病症, 以及任何依法需要隔离的传染病。
11. 替代疗法, 例如(但不限于)针灸、穴位按摩、整脊疗法、整骨疗法、反射疗法、接骨疗法、按摩、芳香疗法、草药、足病、饮食咨询和治疗、教育服务/疗法和传统免费医学等。
12. 维生素/补充剂、草药治疗、抗肥胖/减肥剂、眼部润滑剂以及任何在柜台购买的补充剂、药物或门诊处方和非处方医疗用品。
13. 肥皂、洗发水、清洁剂、维生素霜、维生素软膏、保湿剂、润滑剂、抗衰老和任何具有类似效果的产品。
14. 精神病、精神或神经障碍和行为状况, 包括任何神经症及其生理或心身表现。
15. 对先天性、遗传性或发育性畸形、畸形和由此所引起的任何残疾或并发症的任何治疗或评估, 包括但不限于皮样囊肿、儿童疝气/脑积水(不包括6岁以下的疝气)、畸形足、室间隔缺损(VSD)、房间隔缺损(ASD)、地中海贫血、斜视、血管瘤、传统补充医学等。
16. 新生儿在出生前或出生期间或出生后14天内感染的疾病或残疾。
17. 过敏测试 - 血液/局部, 包括斑贴测试。
18. 主要出于调查目的、常规身体检查、健康检查、预防性治疗和诊断测试而住院, 这些住院治疗或诊断受保残障不是附带的。
19. 因创伤住院后不属于康复计划的言语和职业治疗, 除非它是住院残疾的后续行动并受到其限制。

20. 屈光不正的任何矫正治疗, 包括但不限于以下各项, 例如矫正、视觉刺激、径向角膜切开术、Lasik、Intralase、Xyoptics、phacik IOL植入或人工晶体置换手术。
21. 所有矫正眼镜或隐形眼镜, 白内障手术中的单焦点人工晶体除外。
22. 牙科状况包括:-
 - i) 牙科护理/治疗或口腔手术, 但因意外伤害而需要的除外。但是, 要排除天然牙齿的更换、假牙的放置和修复服务, 例如因意外伤害而更换的牙桥和牙冠。
 - ii) 除直接治疗急性外伤或癌症外的上下颌骨手术。
 - iii) 正颌手术、颌骨对齐或颞下颌关节治疗。否则, 受保会员必须拥有牙科福利保险, 但乃须受其限制。
23. 使用或购买所有设备(例如假肢、助听器、充气室和雾化设备、持续气道正压通气(CPAP)、持续非卧床腹膜透析(CAPD)、矫形垫)以及此类设备的租赁费用(住院期间除外)受基本保单承保范围内的分娩限制, 但受其对此类承保范围的限制。
24. 来自任何来源的辐射或放射性污染的影响。
25. 战争、暴动、叛乱、起义、内乱、战争武器爆炸、恐怖主义相关活动、任何武装部队现役、直接参与罢工、核战争、生化战/活动。
26. 由医院提供的非医疗性质的服务, 例如电视、电话、传真、收音机或类似设施。入院包/包和其他不符合条件的非医疗物品(仅住院期间产生的挂号费除外)。除非另有说明, 否则这些服务的费用必须由受保会员在出院前或日托中心支付。
27. 门诊物理治疗或物理治疗不在承保范围内, 也不能转诊至GP级别。此项服务仅在由专科医生转介且必须由注册物理治疗师提供治疗时承保。受保会员必须拥有基本保单承保范围, 但须受其限制。
28. 门诊康复治疗、化学疗法、放射疗法、免疫疗法、光动力疗法、肾透析和其他选定的医疗必要治疗方案, 除非受保会员拥有基本保单承保范围, 但须遵守其各自的利益限制。
29. 预防性疫苗接种, 除了马来西亚卫生部指南中规定的仅适用于符合条件的儿童(受门诊福利限制, 如果有的话):-
30. 受保会员捐赠任何身体器官所产生的费用和获取器官的费用, 包括捐赠者在器官移植及其并发症期间产生的所有费用。
31. 睡眠和打鼾障碍的调查和治疗。
32. 隐形眼镜、使用美容局部/口腔/外科手术和任何由此产生的并发症。

限制

1. 除非整个住院期间以及所提供的所有特殊医院服务和进行的手术(如有)均由合法合格的医生推荐和批准, 否则不得就任何住院期间支付任何福利。
2. 如果索赔所依据的住院与主治医师对需要住院的疾病的诊断和治疗无关, 则不支付任何利益。
3. 根据主保单合同, 福利说明中未提及的费用、费用或开支无需支付任何福利。

特殊情况

以下条件适用于所有被保险人及其家属(如有)：

- a) 等待期
受保利益在受保的 30 天后才开始生效, 而保单生效期开始后所发生的意外事故而导致之受伤则除外。

- b) 特种疾病
任何直接或间接由特种疾病所造成及与其相关的并发症之住院费, 手术费及/或其他相关医疗费用将不获赔偿。“特种疾病”是指在受保 120 天内发生的以下病症及其相关并发症:
- i) 高血压、糖尿病和心血管疾病。
 - ii) 所有肿瘤、癌症、囊肿、结节、息肉、泌尿系统和胆道系统结石。
 - iii) 所有耳朵、鼻子(包括鼻窦)和喉咙状况。
 - iv) 疝气、痔疮、瘘管、鞘膜积液、精索静脉曲张。
 - v) 子宫内膜异位症, 包括生殖系统疾病。
 - vi) 椎间盘疾病(包括椎间盘)和膝关节疾病。

团体定期寿险

排除身故赔偿

受保会员的保险范围生效之日起六(6)个月内自杀的受保会员, 无论神志清醒还是精神失常, 均不支付任何福利。

完全和永久残疾(所有原因) 局部和永久残疾(自然原因) 局部和永久残疾(意外原因)

本条款项下的利益不得用于以下情况:

- a) 自杀、自残或任何企图威胁, 无论神志清醒还是精神失常;
- b) 战争, 宣战或未宣战, 革命或任何类似战争的行动;
- c) 违法或企图违法或拒捕的;
- d) 进入、操作或维修、乘坐、上升或下降或使用任何航空设备或交通工具, 除非被保险人乘坐由商业客运航空公司运营的飞机, 在其既定的客运航线上进行定期客运; 和
- e) 被保险人接受医疗、诊断、咨询的原有疾病或在承保生效日期前九十(90)天内的处方药等残疾在会员的保险生效日期后的前十二(12)个月内开始。

遣返福利

因下列原因导致的任何情况均不予支付:

- a) 因殡仪业者或承办商提供的服务和用品而产生的任何费用, 包括但不限于棺材、防腐和/或火葬的费用。
- b) 任何被保险成员的运输费用均未经AIAS或AIAS授权代表批准和安排。

严重疾病

如果我们认为受保成员的危疾诊断是由获得性免疫缺陷综合症(AIDS)或任何人类免疫缺陷病毒(HIV)直接或间接、全部或部分引起的, 则不向受保成员支付任何福利。

末期疾病

因下列原因导致的任何情况均不予支付:

- a) 在神志清醒或精神失常的情况下企图自杀, 无论是否重罪, 自我造成的身体伤害, 被保险人的行为不检, 或被保险人故意将自己置于不必要的危险中, 或
- b) 获得性免疫缺陷综合症(AIDS), 或
- c) 被保险人曾从事狩猎、登山、航空(商业航空公司的付费乘客除外)、海军、军事或航空服务, 或任何种类的竞赛(赛跑除外), 或
- d) 战争、暴动、叛乱、内乱、战争武器爆炸、核战争、生化战/活动, 或
- e) 来自任何来源的辐射或放射性污染; 或者
- f) 受到毒品、麻醉品或酒精的影响。

特殊情况

严重疾病

- 任何重大疾病福利只应支付一次。(同一危疾再次发生或确诊不同危疾不予二次赔付)。
- 投保人在保单生效前任何时间患上危疾或因诊断所承保的危疾相关的体征和症状而寻求医疗建议的, 将不获赔付。
- 从被保险人的保险范围生效之日起, 将有三十(30)天的等待期, 但以下情况除外, 该等待期应为六十(60)天。如果被保险人在此期间内被诊断出患有此处定义的任何严重疾病, 则不支付任何福利:
 - i) 癌症
 - ii) 心脏病
 - iii) 其他严重的冠状动脉疾病
 - iv) 冠状动脉搭桥手术

末期疾病

- a) 将只支付一笔款项(即, 在再次发生绝症或诊断出另一种绝症时不支付第二笔款项)。
- b) 获批末期疾病付款后, 受保会员对本基本保单的保障将不可续保。

在本计划开始前的任何时间患有绝症或因诊断为绝症而存在的体征或症状寻求医疗建议的受保会员将不获赔付。

对于在保险生效日期之后投保的新会员, 自被保险成员的保险生效日期起, 将有九十(90)天的等待期。将不提供保险, 如果已支付保费, 此类保费将在以下情况下无息退还:

- a) 如果被保险人在等待期内被诊断患有绝症; 和/或
- b) 受保会员就在此等待期内出现的与末期疾病诊断相关的体征或症状寻求医疗建议。

但是, 如果本政策作为“接管政策”发布, 则等待期不适用。

“接管保单”是指我们根据之前由另一家保险公司立即签发的保单的类似或大致类似的条款和条件签发的保单。

如属接管保单, 若受保人于保单生效日被诊断患上末期疾病, 则应支付的利益将是先前保单的利益或本保单的利益, 以较高者为准, 在有条件的情况下, 我们已获得批准的保险金额和先前保单的副本。

- 您应确定该产品最能满足贵公司和公司资源的需求,并且您同意根据保单支付的保费。如果在到期日起六十(60)天的宽限期内未支付保费,本保单将被终止。
- 请注意,本手册中所述的排除、限制、条款和条件并非详尽无遗。请参阅实际的保单合同,了解详细的利益、除外责任、限制、条款和条件。
- 您应确保向您披露有关本政策的重要信息并且您理解所披露的信息。如果有歧义,您应该向AIA寻求澄清。
- 从一项健康保单转换到另一项健康保单可能并不有利,因为您可能需要遵守新保单下的等待期/排除特定疾病/原有疾病的新承保要求。
- 请注意,对于因受雇期间受伤而导致的任何残疾,而受保人已根据《工伤赔偿条例》、SOCISO或类似法例获得福利,AIA将不承担任何费用,除非所获得的福利不完全涵盖保单所涵盖的已发生费用。
- 请注意,如果被保险人已接受其他医疗保险或政府计划,AIA将不承担任何费用,除非收到的福利不能完全支付保单所涵盖的已发生费用。
- 所附信息在印刷之日是准确的。

常问问题

问:谁有资格获得保险?

答:职业类别1至4的所有全职和积极工作的员工(年龄在16至64岁之间)都有资格获得医疗和团体定期人寿保险。

雇员的配偶(年龄在16至64岁之间)和未婚子女(超过十四(14)天但低于十九(19)岁或二十三(23)岁,如果仍在全日制学习且未有报酬的工作)仅适用于医疗(基本和可选)保险。

问:我如何为我的公司注册A-SME Flex?

答:很简单,只需与AIA代表交谈,他/她将帮助您通过AIA电子平台完成并提交您的申请。请将填妥的申请连同保费缴付一并递交。贵公司的承保将在AIA接受后开始,但需提供令人满意的可保性证据。

问:还有其他需要填写的表格/需要满足的要求吗?

答:保单初始保费率基于AIA公司员工福利组合的基本索赔经验和医疗索赔膨胀。保单的有效期为一年(1)年,保费可能会因后续续保而修改。续保条款将在保单到期前三十(30)天发布。

- i. 员工人数等于或少于十(10)人;或者
- ii. 投保金额超过无证据限制金额的员工。

但是,对于医疗福利,拥有十(10)名或更少员工的公司需要填写完整的个人健康申报表。

问:如何收取保费?

答:保单初始保费率基于AIA公司员工福利组合的基本索赔经验和医疗索赔膨胀。保单的有效期为一年(1)年,保费可能会因后续续保而修改。续保条款将在保单到期前三十(30)天发布。

问:员工辞职或有新员工时会发生什么?

答:可以通过AIA+ CORPORATE PORTAL完成。可以通过AIA+ CORPORATE PORTAL完成员工的添加和删除,该门户网站24/7全天候为您提供,触手可及。同样,请求可以通过电子邮件发送至my.mbrupdate@aia.com或联系您的服务代理。友邦保险将根据您的保单账单调整费率按比例收取保费。

问:我是否可以更改/升级员工的福利?

答:是的,利益的变更/升级可以在保单周年日进行,并须经友邦保险接受。

问:紧急情况是什么意思?

答:紧急情况是指需要在受伤、疾病或症状发生后二十四(24)小时内立即就医的治疗,这些症状是突然和严重的失败,将危及生命(例如事故和心脏病发作)或导致导致健康状况显著恶化。

问: A-SME Flex是否提供海外保障?

答: 是的, 所有福利在全球范围内每天二十四 (24) 小时都适用。但是, 如果受保成员选择或被主治医生转介到马来西亚境外接受治疗, 则应支付的利益将基于在马来西亚接受治疗的合理、惯例和医疗必要费用, 不包括前往马来西亚的交通费用。治疗的地方。

对于门诊护理, 受保成员每次就诊的最高限额为全科医生(GP) RM40和专科护理(SP) RM150。

问: 什么是免赔额?

答: 例如, 如果选择了RM300的住院自付额, 受保会员/保单持有人将需要支付每次残疾产生的首RM300, 而我们将处理符合条件的费用余额。例如, 如果受保会员产生RM1,000的医疗费用, 则受保会员/保单年长者将支付RM300自付额, 而保险计划将支付剩余的RM700。

问: 政府医院 (仅限GH) 计划的承保范围是什么?

答: 如果选择“GH only”计划, 受保会员每个保单年度的最高总限额为RM20,000, 他/她可以索赔的最高食宿费用为每天RM80。对于专科护理 (SP) 利益, 每个保单年度的最高总限额为RM1,000。

问: “每个成员限制”和“每个家庭限制”有什么区别?

答: “每位会员限额”是指友邦保险将为每位受保人支付的承保索赔的最高金额。这意味着, 员工和他/她的家属将各自有一个单独的限制。如果一个成员提出索赔, 其他成员的可用限额保持不变。

“每家庭限额”是指雇员及其家属在每个保单年度受单一限额的保障。这意味着, 任何或所有成员都可以使用该限制, 包括员工及其符合条件的配偶和子女, 而不是像“每个成员限制”那样仅限于一个人。请注意, “每家庭限额”仅适用于住院护理福利。

问: “独立限额”和“综合全科医生和专家限额”有什么区别?

答: “独立限制”是指门诊全科医生 (GP) 护理和门诊专家 (SP) 护理将有自己的限制。例如, GP为RM2,000, SP为RM1,000。同时, “综合全科医生和专家限额”是指它是GP和SP的共享限额。“综合全科医生和专家限额”的最低要求是RM2,000。在这种情况下, 如果“组合GP和SP限额”为RM2,000, 受保会员可以全额索赔RM2,000的GP或SP或GP和SP的组合

问: 我如何让我的员工参加Group MedCare - 个人医疗案例管理福利?

答: 您需要为您的员工参加住院计划, 以便为他们注册Group Medcare - Personal Medical Case Management。

问: PMCM是如何运作的?

答: 我们的服务提供商Teladoc将任命一个专门的个人医疗案例管理团队 (“PMCM团队”), 由医师个案经理领导, 重新评估和管理您的医疗状况。PMCM团队将首先帮助您收集和审查您现有的医疗信息和测试结果。PMCM团队还将咨询世界各地跨学科的领先专家, 为您的健康状况做出正确诊断, 监控您的进展并在您的整个医疗旅程中为您提供支持, 直至康复。请致电1300 88 1899联系AIA Care Line以检查您的保单资格。

(This page is intentionally left blank)
(Muka surat ini sengaja dibiarkan kosong)
(此项是特意留着空白的)

(This page is intentionally left blank)
(Muka surat ini sengaja dibiarkan kosong)
(此页是特意留着空白的)

Contact Us & Find Out More! Hubungi kami untuk maklumat lanjut! 联络我们以了解更多!

If you have any further queries, kindly contact your AIA Life Planner/ AIA authorised representative at:
Sekiranya anda mempunyai pertanyaan lanjut, sila hubungi Perancang Hayat AIA/ wakil AIA yang disahkan:
若您有任何疑问, 请联系您的AIA寿宴策划师/ 授权代理员:



Underwritten by:

AIA Bhd. 200701032867 (790895-D)
Menara AIA, 99 Jalan Ampang,
50450 Kuala Lumpur.
Care Line: 1300 88 1899
Tel: 03-2056 1111
Fax: 03-2056 3891

AIA.COM.MY

**AIA Bhd. is licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia.
AIA Bhd. adalah dilesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal setia oleh Bank
Negara Malaysia.
AIA Bhd.是在金融服务法2013 (Finance Services Act 2013)下持牌经营并由马来西亚国家银行监管。**