

KURNIA MEDICAL INSURANCE
K-HEALTHCARE SENIOR / K-HEALTHCARE LADY PROPOSAL FORM / BORANG CADANGAN / 投保表格

STATEMENT PURSUANT TO FINANCIAL SERVICES ACT 2013, Section 129, Schedule 9, Para 5: It is the duty of the customer to take reasonable care not to make a misrepresentation to the licensed insurer when answering any question which the insurer may request that are relevant to the decision of the insurer whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.

MENURUT AKTA PERKHIDMATAN KEWANGAN 2013, Seksyen 129, Jadual 9, Perenggan 5: Adalah menjadi kewajipan pengguna untuk mengambil penajagaan munasabah untuk tidak membuat salah nyataan kepada penanggung insurans berlesen semasa menjawab apa-apa soalan yang diperlukan yang berkaitan dengan keputusan penanggung insurans samada untuk menerima atau tidak risiko dan kadar dan terma yang hendak dipakai.

 Agent Name/*Nama Ejen*/代理名字: **IHM RISK PROTECTION (M) SDN BHD**

 Agent No./*No. Ejen* / 代理编号: **H61600-00**

 ALL QUESTIONS MUST BE FULLY COMPLETED IN BLOCK LETTERS AND IN INK / *SEMUA SOALAN MESTI DIJAWAB DENGAN PENUH DALAM HURUF BESAR DAN DENGAN DAKWAT* / 请用大写字母及墨水笔书写

DETAILS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG / 投保人资料

Name of Proposer (as in NRIC / Passport) / <i>Nama Pencadang (Seperti dalam KP / Pasport)</i> / 姓名 (根据新身份证/护照)		
<input type="text"/>		
New IC/Passport No. / <i>No. K.P. Baru/Pasport</i> / 新身份证号码/护照号码	Date Of Birth / <i>Tarikh Lahir</i> / 出生日期	Gender / <i>Jantina</i> / 性别
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Male/ <i>Lelaki</i> /男 <input type="checkbox"/> Female/ <i>Perempuan</i> /女
Marital Status / <i>Taraf Perkahwinan</i> / 婚姻状况		
<input type="checkbox"/> Single / <i>Bujang</i> / 单身 <input type="checkbox"/> Married / <i>Berkahwin</i> / 已婚 <input type="checkbox"/> Divorced / <i>Berceraai</i> / 离婚 <input type="checkbox"/> Widow / Widower / <i>Balu / Duda</i> /		
Home Address / <i>Alamat Rumah</i> / 住址		
<input type="text"/>		
Postcode/Poskod/邮区编号		
<input type="text"/>		
Office Address / <i>Alamat Pejabat</i> / 公司地址		
<input type="text"/>		
Postcode/Poskod/邮区编号		
<input type="text"/>		
Office Telephone No. / <i>No. Telefon Pejabat</i> / 公司电话号码	House Telephone No. / <i>No. Telefon Rumah</i> / 住家电话号码	Mobile No. / <i>No. Bimbit</i> / 手提电话号码
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail / <i>E-mel</i> / 电邮地址		Nationality / <i>Warganegara</i> / 国籍
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Race / <i>Bangsa</i> / 种族		
<input type="checkbox"/> Malay / <i>Melayu</i> / 巫裔 <input type="checkbox"/> Chinese / <i>Cina</i> / 华裔 <input type="checkbox"/> Indian / <i>India</i> / 印裔 <input type="checkbox"/> Others / <i>Lain-Lain</i> / 其他		
Occupation / <i>Pekerjaan</i> / 职业		
<input type="text"/>		

A. PARTICULARS OF INSURED PERSON / BUTIR-BUTIR ORANG YANG DIINSURANSKAN / 受保人资料		
Full Name (as in NRIC / Passport) / <i>Nama Penuh (Seperti dalam KP / Pasport)</i> / 姓名 (根据新身份证/护照)		
<input type="text"/>		
New IC/Passport No. / <i>No. K.P. Baru/Pasport</i> / 新身份证号码/护照号码	Date Of Birth / <i>Tarikh Lahir</i> / 出生日期	Gender / <i>Jantina</i> / 性别
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Male / <i>Lelaki</i> / 男 <input type="checkbox"/> Female / <i>Perempuan</i> / 女
Nationality / <i>Warganegara</i> / 国籍		
<input type="text"/>		
Relationship to Proposer / <i>Hubungan Kepada Pencadang</i> / 与投保人的关系		
<input type="checkbox"/> Self / <i>Sendiri</i> / 自己 <input type="checkbox"/> Husband / <i>Suami</i> / 丈夫 <input type="checkbox"/> Wife / <i>Isteri</i> / 妻子 <input type="checkbox"/> Child / <i>Anak</i> / 孩子		
Race / <i>Bangsa</i> / 种族		
<input type="checkbox"/> Malay / <i>Melayu</i> / 巫裔 <input type="checkbox"/> Chinese / <i>Cina</i> / 华裔 <input type="checkbox"/> Indian / <i>India</i> / 印裔 <input type="checkbox"/> Others / <i>Lain-Lain</i> / 其他		
Occupation / <i>Pekerjaan</i> / 职业		
<input type="text"/>		

CHOICE OF PLAN & PREMIUM FOR INSURED PERSON / PELAN PILIHAN & PREMIUM ORANG YANG DIINSURANSKAN / 投保者选择的计划 (please tick '✓' where relevant and please fill in the space provided / <i>sila tanda '✓' dimana yang berkenaan dan lengkapkan di dalam ruang yang disediakan</i> / 请划 '✓')				
<input type="checkbox"/> K-HEALTHCARE SENIOR		<input type="checkbox"/> K-HEALTHCARE LADY		
Section A: With Hospitalization & Surgical Option <i>Seksyen A: Dengan Pilihan Hospital & Operasi</i> A部分: 住院与手术 <input type="checkbox"/> KHS/KHL 100 <input type="checkbox"/> KHS/KHL 150 <input type="checkbox"/> KHS/KHL 200 <input type="checkbox"/> KHS/KHL 250 <input type="checkbox"/> KHS/KHL 400 <input type="checkbox"/> KHS/KHL 600		Section A & B: With Hospitalization & Surgical & Out-Patient Clinical Benefit Option / <i>Seksyen A & B: Dengan Pilihan Hospital & Operasi Dan Rawatan Manfaat Klinikal Pesakit Luar</i> A与B部分: 住院与手术与诊所门诊治疗 <input type="checkbox"/> KOS/KOL 100 <input type="checkbox"/> KOS/KOL 150 <input type="checkbox"/> KOS/KOL 200 <input type="checkbox"/> KOS/KOL 250 <input type="checkbox"/> KOS/KOL 400 <input type="checkbox"/> KOS/KOL 600		
Premium / <i>Premium</i> / 保费	Premium Loading (if any) / <i>Premium Tambahan (jika ada)</i> / 额外保费 (如有)	Stamp Duty / <i>Duti Setem</i> / 印花费	6% Service Tax (if any) / <i>6% Cukai Perkhidmatan (jika ada)</i> / 6%政府服务税	Total Premium Payable / <i>Jumlah Premium Perlu Dibayar</i> / 需支付总保费
RM	RM	RM 10.00	RM	RM

B. PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS / <i>SILA JAWAB SOALAN-SOALAN YANG BERIKUT /</i>		Yes / Ya / 是	No / Tidak / 否
请回答以下问题：			
1. (a)	Have you or any applicant to be insured currently insured under any other medical or hospitalization insurance ? <i>Adakah anda atau pemohon lain yang akan diinsuranskan kini dilindungi oleh sebarang insurans perubatan atau penghospitalan lain ?</i> 投保者目前是否拥有其他医药保险？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b)	Have you or any applicant to be insured ever made a claim against any insurance company in respect of any hospitalization policy ? <i>Pernahkah anda atau pemohon lain yang akan diinsuranskan membuat tuntutan terhadap mana-mana syarikat insurans bagi polisi penghospitalan ?</i> 投保者是否曾向任何保险公司索取医药赔偿？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If "Yes", please give details as below / <i>Jika jawapannya "Ya", sila berikan penjelasan lanjut di bawah /</i> 如果答案是“是”，请述详情			
Person to be Insured / <i>Orang Yang Diinsuranskan /</i> 受保人 :- _____			
Insurance Company / <i>Syarikat Insurans /</i> 保险公司 :- _____			
Policy Number / <i>Nombor Polisi /</i> 保单号码 :- _____			
Type of Insurance/Claim / <i>Jenis Insurans/Tuntutan /</i> 保单或索赔类型 :- _____			
Amount Insurance/Claim / <i>Amaun Insurans/Tuntutan /</i> 保单或索赔数额 :- _____			
2.	Has an application or renewal for medical or hospitalization insurance on any person to be insured ever been declined, postponed or accepted at other than normal terms ? <i>Pernahkah sebarang permohonan atau pembaharuan bagi insurans perubatan atau penghospitalan bagi anda / pemohon lain ditolak, ditangguhkan atau diterima mengikut syarat yang lain daripada syarat biasa ?</i> 投保者是否曾经申请或更新医药保险而被拒绝或者是以不平常的条件下被接受申请？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If "Yes", please give details as below / <i>Jika jawapannya "Ya", sila berikan penjelasan lanjut di bawah /</i> 如果答案是“是”，请述详情:-			
Person to be Insured / <i>Orang Yang Diinsuranskan /</i> 受保人 :- _____			
Reason / <i>Sebab /</i> 原因 :- _____			
3. (a)	Have you or any applicant to be insured, seen a doctor / specialist (except as a routine check-up), and been under continuous medical treatment or been hospitalized, or undergone any surgical operations, or been from recurring illness in the past ? <i>Pernahkah anda atau pemohon lain yang akan diinsuranskan berjumpa doktor / pakar (kecuali pemeriksaan biasa), dan mendapat rawatan perubatan berterusan atau telah dimasukkan ke hospital, atau pernah menjalankan sebarang pembedahan, ataupun menghidap penyakit berulang pada masa yang lalu ?</i> 投保者是否曾经因为患病或受伤而寻求医师或专科的医药治疗(例常检查除外)，住院，或进行任何手术？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b)	Have you or any applicant to be insured currently suffering from any form of physical impairment, congenital abnormality, or in poor health ? <i>Adakah anda atau pemohon lain yang akan diinsuranskan menghidap sebarang ketaknormalan jasmani, sebarang kecacatan sejak lahir atau di dalam keadaan kurang sihat ?</i> 投保者是否残缺，先天性缺陷或身体状况欠佳？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c)	Have you or any applicant to be insured ever been treated for or has been told of having high or low blood pressure, diabetes, high cholesterol, heart disease, arthritis, piles, thyroid disorder, sinus problem, chronic cough, bronchitis, asthma, tuberculosis or disease of respiratory system, ulcer or disorder of the stomach, back or spine disorder, and other serious illness, disease or injury ? <i>Pernahkah anda atau pemohon lain yang akan diinsuranskan mendapat rawatan atau diberitahu menghidap penyakit tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit kencing manis, kolesterol tinggi, penyakit jantung, artritis, buasir, penyakit tiroid, masalah sinus, batuk kronik, bronkitis, asma, tuberkulosis atau penyakit sistem pernafasan, ulser atau penyakit dalam perut, penyakit belakang atau tulang belakang, dan penyakit-penyakit atau kecederaan yang serius ?</i> 投保者是否有高或低血压，高胆固醇，心脏疾病，关节炎，痔疮，甲状腺疾病，鼻窦，慢性咳嗽，支气管炎，哮喘，结核病或呼吸道疾病，溃疡或胃的疾病，脊椎的疾病以及任何严重的疾病或伤势？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If "Yes", please give details as below / <i>Jika jawapannya "Ya", sila berikan penjelasan lanjut di bawah /</i> 如果答案是“是”，请述详情:-			
Person to be Insured / <i>Orang Yang Diinsuranskan /</i> 受保人 :- _____			
Type of Illness/Injury / <i>Jenis Penyakit/Kecederaan /</i> 疾病或伤势类型 :- _____			
Further Details / <i>Keterangan Lanjut /</i> 详情 :- _____			
(d)	Are there any other circumstances not disclosed above which may affect the risk of this plan on any of the person to be insured ? <i>Adakah apa-apa keadaan lain yang tidak dinyatakan di atas yang boleh menjejaskan risiko pelan ini pada anda / pemohon lain yang akan diinsuranskan ?</i> 是否还有任何未透露的情况足以影响此医药计划的风险？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If "Yes", please give details as below / <i>Jika jawapannya "Ya", sila berikan penjelasan lanjut di bawah /</i> 如果答案是“是”，请述详情:-			
Person to be Insured / <i>Orang Yang Diinsuranskan /</i> 受保人 :- _____			
Further Details / <i>Keterangan Lanjut /</i> 详情 :- _____			

IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING

- The full details of the plan are to be found in the policy. If cancellation is effected within 15 days from the date of delivery of the policy, the premium paid shall be returned to you in full less medical expenses, if any. Please note that if a plan has been switched from or to another insurer / plan, the similar benefits and terms may not be given depending on the assessment.
Penjelasan terperinci dan lengkap boleh didapati di dalam polisi. Jika pembatalan berkuat kuasa dalam 15 hari dari tarikh polisi dihantarkan, premium akan dibayar balik penuh selepas memotong perbelanjaan perubatan, jika ada. Sila beri perhatian bahawa jika sesuatu pelan yang dibawa daripada atau kepada syarikat insurans / pelan lain, faedah-faedah dan syarat-syarat yang sama tidak semestinya diberi dan terpulung kepada penilaian.
- An insurer or its intermediary must disclose the essential information regarding Medical and Health Insurance (MHI) policy. When in doubt or where there is ambiguity, the prospect is advised to seek further clarification/information from the insurer/intermediary.
Sebuah Syarikat Insurans atau Orang Tengahnya dikehendaki mendedahkan segala maklumat penting mengenai polisi Insurans Perubatan dan Kesihatan (MHI). Sekiranya terdapat kesangsian atau kekeliruan, bakal pemilik polisi itu adalah dinasihatkan supaya mendapatkan penjelasan/keterangan yang jelas daripada Syarikat Insurans/orang tengah.
- The basics of Medical and Health Insurance can be obtained from the booklet "The Introduction to Medical and Health Insurance Products" issued by Bank Negara Malaysia.
Asas Insurans Perubatan dan Kesihatan boleh didapati dari buku kecil "Pengenalan kepada Produk Insurans Perubatan dan Kesihatan" yang dikeluarkan oleh Bank Negara Malaysia.
- Product Disclosure Sheet (PDS) can be obtained through IHM Risk Protection Sdn Bhd. You are advised to read the PDS before you take out any product.
Lampiran Pemberitahuan Produk boleh didapati melalui IHM Risk Protection Sdn Bhd. Anda dinasihatkan untuk membaca Lampiran Pemberitahuan Produk sebelum anda memutuskan untuk mengambil mana-mana produk.
- In the event of a conflict or discrepancy between the provisions of the English text of any of the Contract documents and any translation thereof, the English text shall prevail.
Sekiranya berlaku konflik atau percanggahan berhubung peruntukan teks Bahasa Inggeris dengan mana-mana Dokumen Kontrak dan apa-apa terjemahannya, maka teks Bahasa Inggeris akan diguna pakai.
- AmGeneral Insurance Berhad is licensed under Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia
AmGeneral Insurance Berhad dlesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal selia oleh Bank Negara Malaysia.
- A full version of the Privacy Notice of AmGeneral Insurance Berhad is available on our website at www.amgeneralinsurance.com for your further reference.
Versi lengkap Notis Privasi AmGeneral Insurance Berhad boleh didapati di laman web kami di www.amgeneralinsurance.com untuk rujukan lanjut.

DECLARATIONS / PENGISYTIHARAN

I/we hereby confirm that I/we have taken reasonable care to answer all the questions herein honestly and to the best of my/our knowledge, belief and recollection and that I/we shall remain under a continuous duty to inform the Company of any change, amendment or addition to the aforesaid questions until the Policy is issued and comes into effect. I/we understand that the Company may avoid the policy and reject any claim payable thereunder (whether in whole or in part) in the event of a deliberate misrepresentation, misdescription, error, omission or non-disclosure of fact (whether or not there was an inquiry/question raised pertaining to the same) with or without an intention to defraud the Company by me/us which would have affected the premium payable or the acceptance of the risk by the Company. I/we understand that the insurance shall not commence until the premium had been actually paid to and accepted by the Company, and further that this proposal for insurance has been officially accepted in writing by the company.

Saya/Kami mengesahkan bahawa Saya/Kami telah memberi sepenuh perhatian untuk menjawab kesemua soalan yang terkandung secara jujur disepanjang pengetahuan dan ingatan dan Saya/Kami akan bertanggungjawab untuk memberitahu pihak Syarikat terhadap sebarang perubahan, pindaan atau penambahan pada soalan diatas sehingga Polisi dikeluarkan dan berkuatkuasa. Saya/Kami faham bahawa Syarikat boleh membatalkan Polisi ini dan menolak sebarang tuntutan (sama ada keseluruhan atau sebahagian) sekiranya berlaku salah nyata, penerangan yang salah, kesilapan, tertinggal atau tidak mendedahkan fakta (sama ada terdapat pertanyaan/persoalan ataupun tidak dikemukakan mengenai yang sama) dengan niat atau tanpa niat untuk menipu Syarikat oleh Saya/Kami yang akan menjejaskan premium yang perlu dibayar atau terhadap penerimaan risiko oleh pihak Syarikat. Saya/Kami memahami bahawa insurans ini tidak akan berkuat kuasa selagi premium tidak diterima oleh pihak Syarikat dan cadangan bagi insurans in diterima secara rasmi dengan bertulis oleh pihak Syarikat.

I/We agree that the Company shall have the right to use my/our data and personal information for the purpose of the insurance operational process which might include transfer of data and personal information to the Company's related companies, subsidiaries and/or its holding company, outsourcing partners, Re Insurers and solicitor but not limited to affiliate companies including their outsourcing partners.

Saya/Kami bersetuju bahawa pihak Syarikat berhak untuk menggunakan data dan maklumat peribadi saya/kami bagi tujuan pemprosesan operasi insuran yang mungkin termasuk pemindahan data dan maklumat peribadi kepada syarikat yang berkaitan dengan pihak Syarikat, anak-anak syarikat dan/atau syarikat induknya dan semua rakan kongsi penyumberan luar, Penanggung Insuran Semula dan peguam cara tetapi bukan terhad kepada syarikat-syarikat sekutu termasuk semua rakan kongsi penyumberan luar.

I/We further agree that the Company, it's partners and its related companies, subsidiaries and /or its holding company can share and use my/our data and personal information for the purpose of promoting the Company's and its related companies' ,subsidiaries' and /or its holding company's products, new services and support requirement; and marketing campaigns and activities and commercial transactions. Yes No

Saya/Kami seterusnya bersetuju bahawa pihak Syarikat, rakan niaganya dan sarikat-syarikat yang berkaitan, anak-anak syarikat dan/atau syarikat induk berhak untuk berkongsi dan menggunakan data dan maklumat peribadi saya/kami bertujuan untuk mempromosikan produk, perkhidmatan baru dan keperluan sokongan; dan aktiviti urus niaga komersil yang dikendalikan oleh pihak Syarikat dan semua syarikat yang berkaitan anak-anak syarikat dan/atau syarikat induk . Ya Tidak

Name of Proposer / *Nama Pencadang* _____ IC No. / *No. K.P.* _____ Signature of Proposer / *Tandatangan Pencadang* _____ Date / *Tarikh* _____

VERIFICATION ON AUTHENTICITY OF IDENTITY / PENGESAHAN KE ATAS KESAHIHAN PENGENALAN DIRI

For Agent/Staff Use Only / *Untuk Agen/Kakitangan Sahaja*

Anti-Money Laundering & Anti-Terrorism Financing Act / Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram & Pencegahan Pembiayaan Keganasan

In Compliance with Section 16(2) of the Anti-Money Laundering & Anti-Terrorism Financing Act 2001, I hereby certify that the Proposer's original NRIC/Business Registration Certificate/Passport was verified and authenticated by me at the Point of Sale./ *Menurut Seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram & Pencegahan Pembiayaan Keganasan 2001, saya dengan ini mengesahkan bahawa Kad Pengenal (KP)/Sijil Pendaftaran Perniagaan/Pasport asal Pencadang telah disahkan ketulenannya ketika urusniaga dijalankan.*

Name of Proposer/*Nama Pencadang* : _____

VERIFICATION/*PENGESAHAN*

Signature / *Tandatangan*

Date / *Tarikh*

Name of Agent/Staff / *Nama Agen/Kakitangan*

NRIC No./*No.Kad Pengenal*