

Proposal Form / Borang Cadangan

Pursuant to Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this Insurance wholly for yourself/family/dependants, you have a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this Proposal Form. You must answer the questions in this Proposal Form fully and accurately. Failure to take reasonable care in answering the questions may result in avoidance of your contract of insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your contract of insurance. The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us. In addition to answering the questions in this Proposal Form, you are required to disclose any other matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied. You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in this Proposal Form is inaccurate or has changed. You should satisfy yourself that this plan will best serve your needs and that the premium payable under the policy is the amount that you can afford. Please complete this form in Bahasa Malaysia or English using capital letters.

Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga tanggungan, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini. Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini dengan lengkap dan tepat. Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans anda, keengganan atau pengurangan gantirugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda. Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami. Sebagai tambahan kepada soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini, anda dikehendaki untuk mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan. Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah. Anda perlu puas hati bahawa pelan ini adalah yang sesuai dengan memenuhi keperluan anda dan premium yang perlu dibayar bagi polisi adalah jumlah yang anda mampu. Sila isikan borang ini dalam Bahasa Malaysia atau Bahasa Inggeris dengan menggunakan huruf besar.

Agency No **M0013095** Name of Agent **IHM RISK MANAGEMENT SDN BHD** Branch **H4**
Nombor Agensi: Nama Agen: Cawangan:

DETAILS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG

NAME (As in NRIC / Passport) Nama (Seperti dalam KP / Pasport):				NEW NRIC / Passport No No KP Baru / Pasport:	
ADDRESS Alamat:					
				POSTCODE Poskod:	
TELEPHONE NO Home Nombor Telefon Rumah:		Office Pejabat:		Mobile Bimbit:	
DATE OF BIRTH Tarikh Lahir:		HEIGHT Tinggi: (cm)		WEIGHT Berat: (kg)	
RACE Bangsa		INDIAN India		OTHERS Lain-Lain	
☐ Malay Melayu		☐ Chinese Cina		☐ Others Lain-Lain	
MARITAL STATUS Taraf Perkahwinan		☐ Single Bujang		☐ Married Kahwin	
		☐ Divorced Berceraai		☐ Widow / Widower Balu / Duda	
				GENDER Jantina	
				☐ Male Lelaki	
				☐ Female Perempuan	
OCCUPATION (Please specify nature of work) Pekerjaan (Sila nyatakan tugas pekerjaan dengan jelas):					
CHOICE OF PLAN FOR INSURED PERSON Pilihan Pelan Untuk Orang Yang Diinsuranskan:					
☐ EV0 - 120		☐ EV5 - 200		☐ Individual / Individu	
☐ EV1 - 150		☐ EV6 - 100		☐ Family / Keluarga	
☐ EV2 - 250		☐ EV7 - 180		☐ 1 Child Family / Keluarga Beranak 1	
☐ EV3 - 450		☐ EV8 - 300		☐ Single Parent / Ibubapa Tunggal	
☐ EV4 - 200 Junior				☐ 1 Child Single Parent / Ibubapa Tunggal Beranak 1	
No. of children covered / Jumlah anak-anak yang dilindungi:					

DETAILS OF INSURED PERSON / BUTIR-BUTIR ORANG YANG DIINSURANSKAN

NAME (As in NRIC / Passport) Nama (Seperti dalam KP / Pasport):				GENDER Jantina	
				☐ Male Lelaki	
				☐ Female Perempuan	
NEW NRIC / Passport No No KP Baru / Pasport:		RACE Bangsa		☐ Malay Melayu	
				☐ Chinese Cina	
				☐ Indian India	
				☐ Others Lain-Lain	
DATE OF BIRTH Tarikh Lahir:		HEIGHT Tinggi: (cm)		WEIGHT Berat: (kg)	
				NATIONALITY Warganegara:	
RELATIONSHIP (to Proposer) Hubungan (dengan Pencadang)		☐ Self Sendiri		☐ Husband Suami	
		☐ Wife Isteri		☐ Child Anak	
				FULL-TIME STUDENT Pelajar Sepenuh Masa	
				☐ Yes Ya	
				☐ No Tidak	
OCCUPATION (Please specify nature of work) Pekerjaan (Sila nyatakan tugas pekerjaan dengan jelas):					

NAME (As in NRIC / Passport)
*Nama (Seperti dalam KPI/Pasport):*_____

NEW NRIC / Passport No
*No KP Baru / Pasport:*_____

DATE OF BIRTH
*Tarikh Lahir:*_____

HEIGHT
*Tinggi:*_____ (cm)

WEIGHT
*Berat:*_____ (kg)

NATIONALITY
*Warganegara:*_____

RACE
Bangsa

☐ Malay
Melayu

☐ Chinese
Cina

☐ Indian
India

☐ Others
Lain-Lain

GENDER
Jantina

☐ Male
Lelaki

☐ Female
Perempuan

RELATIONSHIP (to Proposer)
Hubungan (dengan Pencadang)

☐ Self
Sendiri

☐ Husband
Suami

☐ Wife
Isteri

☐ Child
Anak

FULL-TIME STUDENT
Pelajar Sepenuh Masa

☐ Yes
Ya

☐ No
Tidak

OCCUPATION (Please specify nature of work)
*Pekerjaan (Sila nyatakan tugas pekerjaan dengan jelas):*_____

NAME (As in NRIC / Passport)
*Nama (Seperti dalam KPI/Pasport):*_____

NEW NRIC / Passport No
*No KP Baru / Pasport:*_____

DATE OF BIRTH
*Tarikh Lahir:*_____

HEIGHT
*Tinggi:*_____ (cm)

WEIGHT
*Berat:*_____ (kg)

NATIONALITY
*Warganegara:*_____

RACE
Bangsa

☐ Malay
Melayu

☐ Chinese
Cina

☐ Indian
India

☐ Others
Lain-Lain

GENDER
Jantina

☐ Male
Lelaki

☐ Female
Perempuan

RELATIONSHIP (to Proposer)
Hubungan (dengan Pencadang)

☐ Self
Sendiri

☐ Husband
Suami

☐ Wife
Isteri

☐ Child
Anak

FULL-TIME STUDENT
Pelajar Sepenuh Masa

☐ Yes
Ya

☐ No
Tidak

OCCUPATION (Please specify nature of work)
*Pekerjaan (Sila nyatakan tugas pekerjaan dengan jelas):*_____

NAME (As in NRIC / Passport)
*Nama (Seperti dalam KPI/Pasport):*_____

NEW NRIC / Passport No
*No KP Baru / Pasport:*_____

DATE OF BIRTH
*Tarikh Lahir:*_____

HEIGHT
*Tinggi:*_____ (cm)

WEIGHT
*Berat:*_____ (kg)

NATIONALITY
*Warganegara:*_____

RACE
Bangsa

☐ Malay
Melayu

☐ Chinese
Cina

☐ Indian
India

☐ Others
Lain-Lain

GENDER
Jantina

☐ Male
Lelaki

☐ Female
Perempuan

RELATIONSHIP (to Proposer)
Hubungan (dengan Pencadang)

☐ Self
Sendiri

☐ Husband
Suami

☐ Wife
Isteri

☐ Child
Anak

FULL-TIME STUDENT
Pelajar Sepenuh Masa

☐ Yes
Ya

☐ No
Tidak

OCCUPATION (Please specify nature of work)
*Pekerjaan (Sila nyatakan tugas pekerjaan dengan jelas):*_____

NAME (As in NRIC / Passport)
*Nama (Seperti dalam KPI/Pasport):*_____

NEW NRIC / Passport No
*No KP Baru / Pasport:*_____

DATE OF BIRTH
*Tarikh Lahir:*_____

HEIGHT
*Tinggi:*_____ (cm)

WEIGHT
*Berat:*_____ (kg)

NATIONALITY
*Warganegara:*_____

RACE
Bangsa

☐ Malay
Melayu

☐ Chinese
Cina

☐ Indian
India

☐ Others
Lain-Lain

GENDER
Jantina

☐ Male
Lelaki

☐ Female
Perempuan

RELATIONSHIP (to Proposer)
Hubungan (dengan Pencadang)

☐ Self
Sendiri

☐ Husband
Suami

☐ Wife
Isteri

☐ Child
Anak

FULL-TIME STUDENT
Pelajar Sepenuh Masa

☐ Yes
Ya

☐ No
Tidak

OCCUPATION (Please specify nature of work)
*Pekerjaan (Sila nyatakan tugas pekerjaan dengan jelas):*_____

NAME (As in NRIC / Passport)
*Nama (Seperti dalam KPI/Pasport):*_____

NEW NRIC / Passport No
*No KP Baru / Pasport:*_____

DATE OF BIRTH
*Tarikh Lahir:*_____

HEIGHT
*Tinggi:*_____ (cm)

WEIGHT
*Berat:*_____ (kg)

NATIONALITY
*Warganegara:*_____

RACE
Bangsa

☐ Malay
Melayu

☐ Chinese
Cina

☐ Indian
India

☐ Others
Lain-Lain

GENDER
Jantina

☐ Male
Lelaki

☐ Female
Perempuan

RELATIONSHIP (to Proposer)
Hubungan (dengan Pencadang)

☐ Self
Sendiri

☐ Husband
Suami

☐ Wife
Isteri

☐ Child
Anak

FULL-TIME STUDENT
Pelajar Sepenuh Masa

☐ Yes
Ya

☐ No
Tidak

OCCUPATION (Please specify nature of work)
*Pekerjaan (Sila nyatakan tugas pekerjaan dengan jelas):*_____

QUESTIONNAIRE / SOAL SELIDIK

Yes / Ya No / Tidak

1. **Does the person to be insured have any deformity or illness?**
Adakah orang yang akan diinsuranskan mempunyai sebarang kecacatan atau penyakit? ☐ [] ☐ []
2. **Has the person to be insured ever undergone any surgical operation?**
Pernahkah orang yang akan diinsuranskan menjalani sebarang operasi pembedahan? ☐ [] ☐ []
3. **Has the person to be insured ever been hospitalised for any illness or injury?**
Pernahkah orang yang akan diinsuranskan dimasukkan ke hospital untuk sebarang penyakit atau kecederaan? ☐ [] ☐ []
4. **Is the person to be insured currently under medication or supervision of a doctor or physician for any illness or disability?**
Adakah orang yang akan diinsuranskan sedang mengambil ubat atau diawasi oleh doktor untuk sebarang penyakit atau hilang upaya? ☐ [] ☐ []
5. **Has the person to be insured ever been advised to have a surgical operation which has yet to be performed?**
Pernahkah orang yang akan diinsuranskan dinasihatkan supaya menjalani operasi pembedahan yang belum lagi dilaksanakan? ☐ [] ☐ []
6. **Is the person to be insured a carrier of any condition, such as hepatitis, etc?**
Adakah orang yang akan diinsuranskan pembawa sebarang penyakit, seperti hepatitis, dll? ☐ [] ☐ []
7. **If any of Question 1 to 6 is answered "Yes", please complete the details below. Please use a separate sheet of paper if necessary.**
Jika jawapan anda adalah "Ya" kepada mana-mana soalan daripada 1 ke 6, sila beri maklumat lanjut di bawah. Sila gunakan kertas lampiran jika perlu.

Question No. No. Soalan	Name Nama	Date of Disability Tarikh Hilang Upaya	Description of Disability Keterangan Bersabit Hilang Upaya	Result of Treatment Keputusan Rawatan	Name and Address of Doctor and Hospital Nama dan Alamat Doktor dan Hospital

8. **Has the person to be insured ever had an application for or renewal of health insurance policy declined or accepted at other than normal terms?**
Pernahkah permohonan atau pembaharuan untuk polisi kesihatan untuk orang yang akan diinsuranskan ditolak atau diterima dengan terma yang luar biasa?
☐ [] Yes / Ya ☐ [] No / Tidak
If the answer is "Yes", please give details / Jika jawapan anda adalah "Ya", sila beri maklumat lanjut.
9. **Is the person to be insured currently insured under any other health insurance policy?**
Adakah orang yang akan diinsuranskan kini dilindungi dengan lain-lain polisi insurans kesihatan?
☐ [] Yes / Ya ☐ [] No / Tidak
If the answer is "Yes", please give details / Jika jawapan anda adalah "Ya", sila beri maklumat lanjut.
10. **My usual doctor is / Doktor biasa saya adalah**
Name / Nama: _____ Telephone No / No. Telefon: _____
Address / Alamat: _____
11. **Do you smoke cigarettes / Adakah anda seorang perokok?** ☐ [] Yes / Ya ☐ [] No / Tidak
If "Yes" / Sekiranya "Ya" _____ cigarettes per day / batang rokok sehari

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

(For Use by Insurance Staff or Intermediary only / Untuk Kegunaan Kakitangan Penginsurans atau Pengantara sahaja)

In compliance with section 16(2) of Anti-Money Laundering Act 2001, I hereby confirm the following:

Menurut seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram 2001, saya dengan ini mengesahkan perkara berikut:

- ☐ [] **Original identity document sighted for Individuals / Group with single or annual premium exceeding RM5,000**
Dokumen asal pengenalan diri disemak bagi Individu / Kumpulan dengan premium tunggal atau tahunan melebihi RM5,000
- ☐ [] **Photocopy of identity document attached for Individuals with single or annual premium exceeding RM50,000**
Salinan dokumen pengenalan diri dilampirkan untuk Individu dengan premium tunggal atau tahunan melebihi RM50,000
- ☐ [] **Photocopy of identity document attached for Groups with single or annual premium exceeding RM100,000**
Salinan dokumen pengenalan diri dilampirkan untuk Kumpulan dengan premium tunggal atau tahunan melebihi RM100,000

Date / Tarikh

Signature / Tandatangan

Name / Nama

NRIC No. / No. K. P

DECLARATION / PENGAKUAN

I hereby declare that the foregoing particulars and overleaf statement are true and complete and I have not withheld any information that may influence the acceptance of this proposal. I agree that this proposal and declaration shall be the basis of the contract between me and The Pacific Insurance Berhad and agree to accept the Company's policy and be subject to the terms and conditions therein. It is further understood and agreed that the cover will only be effective if it has been accepted by the Company and the applicable premium has been paid. I further acknowledge that all the terms have been fully explained to me and I fully understand all the terms and the answers provided are the actual information disclosed by me to the person filling the form on my behalf.

I hereby authorize any hospital, surgeon, medical practitioner, clinic or other person who has attended to the insured person for any reason, to disclose to the Company any and all information with respect to any illness or injury and to provide copies of all hospital or medical records and certification, including earlier medical history. A photostat copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

Saya dengan ini mengaku bahawa butiran berikut dan penyata di halaman sebelah adalah benar dan lengkap dan saya tidak merahsiakan sebarang maklumat yang mungkin mempengaruhi kelulusan permohonan ini. Saya bersetuju bahawa permohonan dan pengakuan ini akan menjadi asas kontrak di antara saya dan The Pacific Insurance Berhad dan bersetuju untuk menerima polisi Syarikat dan tertakluk kepada terma dan syarat-syarat Syarikat. Adalah dipersetujui bahawa perlindungan ini hanya akan menjadi sah jika ia diterima oleh Syarikat dan premium tersebut telah dibayar. Saya seterusnya mengakui bahawa kesemua terma telah diterangkan kepada saya dengan jelas dan saya memahami sepenuhnya semua terma dan jawapan yang diberikan adalah maklumat sebenar yang diberikan oleh saya kepada orang yang mengisi borang bagi pihak saya.

Saya dengan ini mengizinkan pihak hospital, pakar bedah, pegawai perubatan, klinik dan mana-mana pihak yang telah merawat orang yang diinsuranskan untuk sebarang sebab untuk mengemukakan kepada Syarikat semua maklumat yang berkaitan dengan sebarang kesakitan atau kecederaan itu, dan juga membekalkan salinan semua rekod hospital atau perubatan, pengesanan, termasuk sejarah perubatan yang lampau. Salinan borang ini tetap diterima sah dan laku dan sama taraf dengan borang asal.

Date / Tarikh

Signature / Tandatangan

PREMIUM / PREMIUM

Please fill in the space provided. All applications for renewal or change of plan is subject to the approval of the Insurer.

Sila lengkapkan di dalam ruang yang disediakan. Semua permohonan untuk pembaharuan atau perubahan plan tertakluk kepada kelulusan Penginsurans.

	TOTAL (RM) Jumlah (RM)
Premium / Premium	
Additional Premium for Child / Premium Tambahan untuk Anak	
Premium Loading / Premium Tambahan	
Stamp Duty / Duti Setem	10.00
Government Service Tax (where applicable) / Goods and Services Tax (effective 1 April 2015) / Cukai Servis Kerajaan (jika ada) / Cukai Barang dan Perkhidmatan (berkuatkuasa 1 April 2015)	
Total Amount Payable / Jumlah Perlu Dibayar	

Collection of payment shall not be construed as acceptance of your application until the proposal is approved by the insurer and is also subject to the clearance of your payment if it is made by cheque or credit card. In the event that the cheque or the credit card is declined by the Bank, the application/renewal (whichever is applicable) as well as receipt are deemed automatically cancelled and the insurer shall not be liable for any claims whatsoever.

Pungutan bayaran tidak boleh dianggap sebagai penerimaan permohonan anda sehinggalah permohonan diterima oleh penginsurans dan ianya juga tertakluk kepada penjelasan pembayaran anda jika ianya dibuat melalui cek atau kad kredit. Sekiranya cek atau kad kredit tidak diterima oleh Bank, permohonan/pembaharuan (yang mana berkenaan) serta resit akan dibatalkan secara automatik dan penginsurans tidak dipertanggungjawabkan ke atas apa jua tuntutan.

PAYMENT / PEMBAYARAN

☐ Payment by Cash / Bayaran Tunai RM _____

☐ Payment by Cheque payable to THE PACIFIC INSURANCE BERHAD Cheque No / No. Cek _____
Bayaran Cek dibayar kepada THE PACIFIC INSURANCE BERHAD _____ RM _____

☐ I hereby authorise THE PACIFIC INSURANCE BERHAD to charge to my Credit Card Account my premium amount of _____
Saya dengan ini membenarkan THE PACIFIC INSURANCE BERHAD untuk mengenakan caj kepada Akaun Kad Kredit saya premium saya berjumlah _____

Credit Card No / No. Kad Kredit _____ Issuing Bank / Bank Pengeluar ☐ VISA
RM _____ ☐ MASTERCARD

Card Expiry Date _____ Cardholder's Signature _____ Date _____
Tarikh Luput Kad _____ Tandatangan Pemegang Kad _____ Tarikh _____

Personal Data Protection Act 2010 ("PDPA") Notification to customers of The Pacific Insurance Berhad ("TPIB")
Under the PDPA, there are various requirements that regulate the processing of your personal data. Please refer to www.pacificinsurance.com.my for details of TPIB PDPA privacy notice.

Akta Perlindungan Data Peribadi 2010 ("APDP") Pemberitahuan kepada pelanggan The Pacific Insurance Berhad ("TPIB")
Dibawah APDP, terdapat pelbagai syarat yang mengawal pemprosesan data peribadi. Sila rujuk di www.pacificinsurance.com.my untuk maklumat terperinci notis privasi TPIB APDP.