

IHM - MediHealth

Hospitalisation and Surgical Insurance / Insurans Penghospitalan dan Pembedahan

PROPOSAL FORM / BORANG CADANGAN

Consumer Insurance Contract

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.

Non-Consumer Insurance Contract

Pursuant to Paragraph 4(1) of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this Insurance for the purpose of providing medical insurance benefits to your employees and their dependents, you have a duty to disclose any matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied and any matter a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant, otherwise it 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. 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.

Kontrak Insurans Pengguna

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.

Kontrak Insurans Komersial

Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini untuk memberi manfaat insurans perubatan kepada pekerja dan tanggungan mereka, anda berkewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan, dan apa-apa perkara yang munasabah yang boleh dijangka, jika tidak ia boleh menyebabkan pembatalan kontrak insurans, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda. Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami. 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.

Agency No / No Agensi

M0013095

Name of Agent / Nama Agen

IHM Risk Management Sdn Bhd

Branch / Cawangan

H4

Please complete this Proposal Form in English or Bahasa Malaysia using capital letters and tick (✓) where applicable.

Sila isikan Borang Cadangan ini dalam Bahasa Inggeris atau Bahasa Malaysia dengan menggunakan huruf besar dan tandakan (✓) di kotak yang berkenaan.

DETAILS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG

Name (as in NRIC / Passport) / Nama (seperti dalam KP / Pasport)			
New NRIC / Passport No / No KP Baru / Pasport		Company Registration No / No Pendaftaran Syarikat	
Address / Alamat			Postcode / Poskod
Mobile Tel No / No Tel Bimbit	Home Tel No / No Tel Rumah	Office Tel No / No Tel Pejabat	
Email / Emel	Date of Birth / Tarikh Lahir	Height / Tinggi (cm)	Weight / Berat (kg)
Nationality / Warganegara <input type="checkbox"/> Malaysian / Malaysia <input type="checkbox"/> Others (Please specify) / Lain-lain (Sila nyatakan) _____			
Race [] Malay [] Chinese [] Indian [] Others Bangsa Melayu Cina India Lain-Lain		Gender [] Male [] Female Jantina Lelaki Perempuan	
Marital Status / Taraf Perkahwinan <input type="checkbox"/> Single / Bujang <input type="checkbox"/> Married / Berkahwin <input type="checkbox"/> Divorced / Berceraai <input type="checkbox"/> Widowed / Janda			
Occupation / Pekerjaan		Name of Company / Nama Syarikat	
Job Description / Huraian Kerja		Work Activities / Aktiviti Kerja <input type="checkbox"/> Onshore / Dalam Pesisir <input type="checkbox"/> Offshore / Luar Pesisir	

DETAILS OF INSURED PERSON / BUTIR-BUTIR PENCADANG

Name (as in NRIC / Passport) / Nama (seperti dalam KP / Pasport)			
New NRIC / Passport No / No KP Baru / Pasport		Height / Tinggi (cm)	Weight / Berat (kg)
Race [] Malay [] Chinese [] Indian [] Others Bangsa Melayu Cina India Lain-Lain		Gender [] Male [] Female Jantina Lelaki Perempuan	
Nationality / Warganegara <input type="checkbox"/> Malaysian [] Others (Please specify) Malaysia Lain-lain (Sila nyatakan) _____		Date of Birth / Tarikh Lahir	
Marital Status / Taraf Perkahwinan <input type="checkbox"/> Single / Bujang <input type="checkbox"/> Married / Berkahwin <input type="checkbox"/> Divorced / Berceraai <input type="checkbox"/> Widowed / Janda			
Occupation / Pekerjaan		Name of Company / Nama Syarikat	
Job Description / Huraian Kerja		Work Activities / Aktiviti Kerja <input type="checkbox"/> Onshore / Dalam Pesisir <input type="checkbox"/> Offshore / Luar Pesisir	
Relationship to the Proposer / Hubungan dengan Pencadang <input type="checkbox"/> Self / Self <input type="checkbox"/> Spouse / Pasangan <input type="checkbox"/> Child / Anak <input type="checkbox"/> Employee / Pekerja			
Choice of Plan for Insured Person / Pilihan Pelan untuk Orang yang Diinsuranskan			
Non-Deductible Plans / Pelan Bukan Deduktibel - <input type="checkbox"/> 600 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 400 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> 250 <input type="checkbox"/> 150			
Deductible Plans / Pelan Deduktibel - <input type="checkbox"/> D600 <input type="checkbox"/> D500 <input type="checkbox"/> D400 <input type="checkbox"/> D300 <input type="checkbox"/> D250 <input type="checkbox"/> D150			

QUESTIONNAIRE / SOAL SELIDIK

Please answer all of the questions and provide the full details below. <i>Sila jawab semua soalan dan beri maklumat penuh di bawah.</i>	Yes / Ya	No / Tidak
<p>1. Has the person to be insured ever had an application for or renewal of health insurance policy being declined, deferred or accepted at other than normal terms? <i>Pernahkah permohonan atau pembaharuan untuk polisi kesihatan untuk orang yang akan diinsuranskan ditolak, ditunda atau diterima dengan selain daripada terma biasa?</i> If "yes", please provide the details below / Jika "ya", sila beri maklumat di bawah: Name of insurance company and product / Nama syarikat insurans dan produk: _____</p> <p>Date / Tarikh: _____</p> <p>Reason / Sebab: _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. Is the person to be insured currently insured under any other health insurance policy? <i>Adakah orang yang akan diinsuranskan kini dilindungi dengan lain-lain polisi insurans kesihatan?</i> If "yes", please provide the details below / Jika "ya", sila beri maklumat di bawah: Name of insurance company and product / Nama syarikat insurans dan produk: _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3. Have you or the person to be insured ever been declared bankrupt or insolvent or subject to bankruptcy and insolvency proceedings? <i>Pernahkah anda atau orang yang akan diinsuranskan diisytiharkan bankrap atau mufliis atau tertakluk kepada prosiding kebangkrapan dan insolvensi?</i> If "yes", please state the year below / Jika "ya", sila nyatakan tahun di bawah: Year / Tahun: _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. For females only - Is the person to be insured pregnant? If "yes", please state how many months below? <i>Untuk wanita sahaja - Adakah orang yang diinsuranskan sedang mengandung? Jika "ya", sila nyatakan berapa bulan di bawah?</i> Month(s) / Bulan: _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5. Does the person to be insured smoke any form of tobacco? If "yes", please provide the details below: <i>Adakah orang yang diinsuranskan merokok sebarang bentuk tembakau? Jika "ya", sila berikan maklumat di bawah:</i> Type and daily usage / Jenis dan penggunaan setiap hari: _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. Has the person to be insured suffered from any physical impairment, infirmity or abnormality, congenital conditions, birth or physical or mental defects or respiratory distress syndrome? <i>Adakah orang yang akan diinsuranskan mengalami sebarang kemerosotan fizikal, kelemahan ataupun kecacatan, gangguan kongenital, kecacatan semasa kehamilan, fizikal atau mental atau sindrom distress respirasi?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>7. Has the person to be insured ever been advised to have diagnostic test, hospital confinement, surgical procedure, medication or treatment that has not been performed or completed? <i>Adakah orang yang akan diinsuranskan pernah dinasihatkan supaya menjalani ujian diagnostik, dimasukkan ke hospital, prosedur pembedahan, ubat-ubatan atau rawatan yang belum dilaksanakan atau disempurnakan?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>8. Has the person to be insured at any time had any symptoms for more than one week continuously, unexplained continuous weight loss or weight gain? <i>Adakah orang yang akan diinsuranskan pernah mengalami apa-apa gejala untuk satu minggu berterusan, pengulangan yang tidak dapat dijelaskan pengurangan atau kenaikan berat badan signifikan berterusan?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>9. Has the person to be insured currently have or ever had in the past, any symptoms, or complaints, or investigation, or treatment, or receiving advice for: Adakah orang yang diinsuranskan kini mempunyai, atau pernah pada masa lalu, apa-apa gejala, atau aduan, atau siasatan, atau rawatan, atau menerima nasihat untuk:</p>	Yes / Ya	No / Tidak
<p>(a) Abnormalities in the urine (e.g. presence of sugar, blood or protein), urinary stone or infection or any disease or disorder of the urinary system including kidney, bladder, prostate or reproductive organ? <i>Keabnormalan dalam air kencing (contohnya kehadiran gula, darah atau protein), batu di saluran kencing atau jangkitan atau sebarang penyakit atau gangguan sistem kencing termasuk buah pinggan, pundi kencing, prostat atau organ pembiakan?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(b) Anemia, thalassemia, hemophilia or other disease or disorder of the blood, varicose veins or deep vein thrombosis? <i>Anemia, talasemia hemofilia atau penyakit lain atau gangguan pada darah, urat varikos atau urat thrombosis?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(c) Arthritis, sciatica, rheumatism, gout, back pain, psoriasis or other disease or disorder of the knee, spine, bone, muscle, joint or skin? <i>Artritis, skiatika, reumatisma, gout, sakit belakang, psoriasis atau penyakit lain atau gangguan pada lutut, tulang belakang, tulang, otot, sendi atau kulit?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(d) Asthma, pleurisy, tuberculosis, bronchitis, pneumonia, persistent cough, shortness of breath, sleep apnea or other lung or other respiratory disorders or diseases? <i>Asma, batuk kering, radang bronchitis, radang paru-paru, batuk berterusan, sesak nafas, apnea tidur atau paru-paru yang lain atau gangguan atau penyakit pernafasan?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(e) Cancer (including leukemia, lymphoma, melanoma), tumour, growth, cyst, nodule, polyp, enlarged glands, systemic lupus erythematosus (SLE), kawasaki disease or any other disorder of the immune system? <i>Cancer (termasuk leukemia, limfoma, melanoma), ketumbuhan, pertumbuhan, sista, nodul, polip, kelenjar bengkak, sistemik lupus erythematosus (SLE), penyakit kawasaki atau gangguan lain sistem imun?</i> If "yes", please confirm was it benign or malignant? [] Benign [] Malignant <i>Jika "ya", sila sahkan adakah ia benign atau malignant? Benign Malignant</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(f) Diabetes, hyperglycemia, sugar in the urine, disease of goitre, thyroids or pancreas, disease of any endocrine or other glands? <i>Kencing manis, hiperglisemia, gula dalam air kencing, penyakit goitre, tiroid atau pankreas, sebarang penyakit endocrin atau kelenjar lain?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(g) Disease or disorder of the breast, ovary, uterus or other female organs, menstrual disorder, abnormal pap smear(s), pregnancy complications or complications at child-birth? <i>Penyakit payudara, ovari, rahim atau organ wanita yang lain, gangguan haid, pap smear yang tidak normal, komplikasi kehamilan atau komplikasi kelahiran anak?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(h) Epilepsy, fits, recurrent dizziness or headaches, fainting, sclerosis, depression, anxiety, psychiatric or psychological disorder, mental or nervous disorder, blackout or of any kind? <i>Epilepsi, sawan, pening atau sakit kepala yang berulang, pengsan, sclerosis, kemurungan, kebimbangan, gangguan psikiatri atau psikologi, gangguan mental atau saraf, pitam atau apa-apa jenis?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(i) Gastritis, stomach or duodenal ulcer, hernia, haemorrhoids or any disorder of the stomach, intestines, gallbladder, pancreas or other diseases or disorder of the digestive system? <i>Gastrik, ulser perut atau duodenum, penyakit angin pasang, hemorrhoid atau mana-mana penyakit dalam perut, usus, pundi hempedu, pankreas atau penyakit-penyakit lain atau gangguan sistem penghadaman?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Yes / Ya	No / Tidak
<p>(j) Heart disorder, chest pains, discomfort or tightness, palpitations, heart attack, high blood pressure, stroke, rheumatic fever, heart valve disorder, heart murmur or any disease or disorder of the heart or blood vessels? <i>Penyakit jantung, sakit dada, ketidakselesaan atau sesak, berdebar-debar, serangan jantung, tekanan darah tinggi, strok, demam reumatik, gangguan injap jantung, murmur jantung, atau sebarang penyakit atau gangguan jantung atau saluran darah?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(k) High cholesterol, hyperlipidemia, hyperuricemia or abnormal lipid profile? <i>Kolesterol tinggi, hiperlipidemia, hiperuricemia atau profil lipid yang tidak normal?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(l) Jaundice, hepatitis, carrier of hepatitis B or C, fatty liver or any disorder of the liver? <i>Penyakit kuning, pembawa hepatitis B atau C, penyakit hati berlemak atau mana-mana penyakit dalam hati?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(m) Disease or disorder of the eyes, ears, nose, mouth or throat? <i>Penyakit mata, telinga, hidung, mulut atau tekak?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(n) Skin lesions, HIV, AIDS or AIDS related conditions, venereal diseases or other sexually transmitted diseases? <i>Luka-luka kulit, HIV, AIDS atau penyakit berkaitan dengan AIDS, penyakit kelamin berjangkit atau penyakit berjangkit melalui seks?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(o) Any other illness, disease, disorder, disability, accident or hospitalisation or any surgical operation or observation or treatment that has not been mentioned above? <i>Sebarang penyakit lain, masalah / gangguan, hilang upaya, kemalangan atau dimasukkan ke hospital atau sebarang pembedahan atau pemerhatian atau rawatan yang tidak disebutkan di atas?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>10. Do you have a usual doctor? If "yes", please provide the details below: <i>Adakah anda mempunyai seorang doktor biasa? Jika "ya", sila berikan maklumat di bawah:</i></p> <p>Full name / Nama penuh: _____</p> <p>Date of last consultation / Tarikh terakhir rundingan: _____</p> <p>Reason for last consultation / Sebab terakhir rundingan: _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If you answered "yes" to questions 6, 7, 8 and 9, please provide the full details and documentation below. (If insufficient space, please write on a "Supplementary Sheet", sign and enclose it with this Proposal Form).

Jika anda menjawab "ya" kepada soalan 6, 7 dan 8, sila berikan butir-butir yang lengkap dan dokumentasi di bawah. (Jika kekurangan ruang, sila tuliskan di "Helaian Tambahan", tandatangani dan lampirkannya bersama borang cadangan ini).

Question no / No soalan: _____ Name / Nama: _____

Type of medical condition / illness / disability / Jenis keadaan perubatan / penyakit / hilang upaya: _____

Date of onset / Tarikh bermula: _____ Date of treatment / Tarikh rawatan: _____

Last date of treatment / Tarikh rawatan terakhir: _____

Current condition / Keadaan semasa: _____

Medication(s) / Ubat-ubatan: _____

Name and address of the treating doctor and hospital / Nama dan alamat doktor dan hospital yang merawat anda: _____

Please enclose your medical, blood test, histopathology reports and any other reports for the investigations performed.
Sila sertakan laporan perubatan, ujian darah, histopathologi anda dan apa-apa laporan lain berkenaan penyiasatan yang telah dilakukan.

Question no / No soalan: _____ Name / Nama: _____

Type of medical condition / illness / disability / Jenis keadaan perubatan / penyakit / hilang upaya: _____

Date of onset / Tarikh bermula: _____ Date of treatment / Tarikh rawatan: _____

Last date of treatment / Tarikh rawatan terakhir: _____

Current condition / Keadaan semasa: _____

Medication(s) / Ubat-ubatan: _____

Name and address of the treating doctor and hospital / Nama dan alamat doktor dan hospital yang merawat anda: _____

Please enclose your medical, blood test, histopathology reports and any other reports for the investigations performed.

Sila sertakan laporan perubatan, ujian darah, histopathologi anda dan apa-apa laporan lain berkenaan penyiasatan yang telah dilakukan.

Question no / No soalan: _____ Name / Nama: _____

Type of medical condition / illness / disability / Jenis keadaan perubatan / penyakit / hilang upaya: _____

Date of onset / Tarikh bermula: _____ Date of treatment / Tarikh rawatan: _____

Last date of treatment / Tarikh rawatan terakhir: _____

Current condition / Keadaan semasa: _____

Medication(s) / Ubat-ubatan: _____

Name and address of the treating doctor and hospital / Nama dan alamat doktor dan hospital yang merawat anda: _____

Please enclose your medical, blood test, histopathology reports and any other reports for the investigations performed.

Sila sertakan laporan perubatan, ujian darah, histopathologi anda dan apa-apa laporan lain berkenaan penyiasatan yang telah dilakukan.

PREMIUM / PREMIUM

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

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

	Total (RM) / Jumlah (RM)
Annual Premium Inclusive of Goods and Services Tax (GST) / Premium Tahunan Termasuk Cukai Barang dan Perkhidmatan (CBP)	
10% Family Discount [for a family with a minimum of three (3) family members (father, mother and/or dependant children)] / 10% Diskaun Keluarga [bagi keluarga yang mempunyai sekurang-kurangnya tiga (3) ahli keluarga (bapa, ibu dan/atau anak-anak dalam tanggungan)]	
Stamp Duty / Duti Setem	
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.

DECLARATION / PENGAKUAN

I understand that it is my duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this Proposal Form and I hereby declare that I have fully and accurately answered the questions above.

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 acknowledge and consent that the personal data, including any sensitive personal data, collected herein be used and processed for the purpose of this proposal and be disclosed to industry associations/federations, third party administrators, individuals, reinsurers and organisations associated with The Pacific Insurance Berhad or involve in any claim settlement.

I hereby authorise, any hospital, surgeon, medical practitioner or clinic or other person who attends to me/insured person for any reason or any insurance company or other organisations, institutions or persons that has any records or knowledge of me/insured person or my/insured person's health, to disclose to The Pacific Insurance Berhad or its representatives any and all such information about me/insured person or my/insured persons's health and medical history and to provide copies of all hospital or medical records/certifications. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

Saya faham bahawa menjadi tanggungjawab saya untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata semasa menjawab soalan-soalan dalam borang cadangan ini dan saya dengan ini mengaku bahawa saya telah menjawab dengan sepenuhnya dan dengan tepat soalan di atas.

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 mengakui dan bersetuju bahawa data peribadi, termasuk apa-apa data peribadi yang sensitif yang dikumpulkan di sini digunakan dan diproses untuk tujuan cadangan ini dan dizahirkan kepada persatuan/persekutuan industri, pentadbir pihak ketiga, individu, penanggung insurans semula, pertubuhan yang berkaitan dengan The Pacific Insurance Berhad atau terlibat dalam apa-apa penyelesaian tuntutan.

Saya dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik ataupun individu lain yang datang kepada saya/orang yang diinsuranskan untuk apa tujuan sekalipun atau syarikat insuran atau mana-mana organisasi, institusi atau orang perseorangan yang mempunyai rekod atau pengetahuan mengenai diri saya/orang yang diinsuranskan atau kesihatan saya/orang yang diinsuranskan untuk memberikan The Pacific Insurance Berhad atau wakilnya apa-apa dan segala maklumat mengenai diri saya/orang yang diinsuranskan atau keadaan kesihatan dan rekod perubatan saya/orang yang diinsuranskan dan memberikan semua salinan rekod/sijil hospital atau perubatan. Salinan fotostat pemberikuasaan ini akan diambil kira sebagai berkesan dan sah sebagai asli.

Date of Signature / Tarikh Tandatangani

Signature of Proposer / Tandatangani Pencadang /
Authorised Signature and Company Stamp /
Tandatangani Sah dan Chop Syarikat

Personal Data Protection Act 2010 ("PDPA") 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.

CONSENT TO USE PERSONAL DATA FOR CROSS-SELLING, MARKETING AND PROMOTIONS
PERSETUJUAN UNTUK MENGGUNAKAN DATA PERIBADI UNTUK JUALAN-SILANG, PEMASARAN DAN PROMOSI

I expressly consent and authorise The Pacific Insurance Berhad (TPIB) to process any information that I have provided to TPIB for the purpose of cross-selling, marketing and promotions including disclosure to other companies within TPIB, its agents and/or such persons of third parties as TPIB may deem fit.

Saya secara nyata mengizinkan dan membenarkan The Pacific Insurance Berhad (TPIB) memproses apa-apa maklumat yang saya telah berikan kepada TPIB untuk tujuan penjualan silang, pemasaran dan promosi termasuk pendedahan maklumat-maklumat tersebut kepada syarikat-syarikat lain di dalam kumpulan TPIB, agen-agennya dan/atau mana-mana orang atau pihak ketiga sebagaimana dianggap sesuai oleh TPIB.

Yes / Ya No / Tidak

LOCAL TREATMENT CLAUSE AND AUTOMATIC TERMINATION OF COVER CLAUSE (FOR NON-MALAYSIANS ONLY)
FASAL RAWATAN TEMPATAN DAN PENAMATAN PERLINDUNGAN SECARA AUTOMATIK FASAL (UNTUK BUKAN RAKYAT MALAYSIA SAHAJA)

If you are a non-Malaysian and if your application is accepted, it will be subjected to the Local Treatment Clause and Automatic Termination of Cover Clause as stated below:

Local Treatment Clause

Notwithstanding anything contained herein to the contrary, if the Insured Person is a non-Malaysian, the coverage and benefits provided shall be restricted to treatment in Malaysia only. No premium will be refunded, should the policy be cancelled or terminated.

Automatic Termination of Cover Clause

Notwithstanding anything contained herein to the contrary, it is hereby declared and agreed that the insurance coverage shall automatically terminate upon expiry of work permit or when the Insured Person cease to reside or live in Malaysia. No premium will be refunded, should the policy be cancelled or terminated.

If you are a non-Malaysian, please acknowledge and confirm your acceptance by providing your signature and date of signature below for us to underwrite your application.

Jika anda bukan rakyat Malaysia dan jika permohonan anda diterima, ia akan tertakluk kepada Fasal Rawatan Tempatan dan Penamatan Perlindungan Secara Automatik Fasal seperti yang dinyatakan di bawah:

Fasal Rawatan Tempatan

Meskipun terdapat apa-apa yang terkandung di sini bertentangan, jika Orang Yang Diinsuranskan bukan warga Malaysia, perlindungan dan manfaat yang disediakan akan dihadkan kepada rawatan dalam Malaysia sahaja. Sekiranya polisi dibatalkan atau ditamatkan, premium tidak akan dikembalikan.

Penamatan Perlindungan Secara Automatik Fasal

Meskipun terdapat apa-apa yang terkandung di sini bertentangan, adalah dengan ini diisytiharkan dan dipersetujui bahawa perlindungan insurans akan ditamatkan secara automatik apabila permit kerja luput atau bila Orang Yang Diinsuranskan berhenti bermastautin atau tinggal di Malaysia. Sekiranya polisi dibatalkan atau ditamatkan, premium tidak akan dikembalikan.

Jika anda bukan warganegara Malaysia, sila akui dan sahkan penerimaan anda dengan menandatangani beserta tarikh tandatangan anda di ruangan bawah untuk kami underait permohonan anda.

Date of Signature / Tarikh Tandatangan

Signature of Proposer / Tandatangan Pencadang

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 certify that the Proposer's original NRIC/Passport/Company Registration Certificate was verified and authenticated by me at the point of sales.

Selaras dengan pematuhan Seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram 2001, saya dengan ini mengesahkan bahawa Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Pendaftaran Syarikat asal pencadang telah disahkan ketulenannya semasa urusniaga

Name / Nama

Signature / Tandatangan

New NRIC No / No KP Baru

Date / Tarikh