



LONPAC INSURANCE BHD (307414-T)

Head Office: LG, 6th, 7th, 21st to 26th Floor, Bangunan Public Bank, No.6, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur.

P.O.Box 10708, 50722 Kuala Lumpur.

Tel: (03) 2262 8688, 2723 7888 Fax: (03) 2715 1332, 2078 7455, 2034 2654, 2715 0722, 2072 3385, 2715 0696, 2723 7886

Website: www.lonpac.com

(GST Reg. No. : 002013003776)

TAKE-OVER POLICY FORM / BORANG PENGAMBILALIHAN POLISI

DETAILS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG

Name (As in NRIC / Passport):

Nama (Seperti dalam KP/Pasport): _____

New NRIC / Passport No.

No. K.P. Baru / Pasport _____

Address:

Alamat: _____

Postcode:

Poskod: _____

DETAILS OF INSURED PERSON / BUTIR-BUTIR ORANG YANG DIINSURANSKAN

Name (As in NRIC / Passport):

Nama (Seperti dalam KP/Pasport): _____

New NRIC / Passport No.

No. K.P. Baru / Pasport _____

DETAILS OF PREVIOUS INSURANCE / BUTIR-BUTIR INSURANS DAHULU

Previous Insurer:

Penanggung Insurans Dahulu: _____

Previous Policy Number:

Nombor Polisi Dahulu: _____

Expiry Date:

Tarikh Luput: _____

ADDITIONAL QUESTIONS / SOALAN TAMBAHAN

- Is the previous policy inforce for a period not less than 12 months?
Adakah polisi dahulu sah untuk tempoh yang tidak kurang 12 bulan? Yes / Ya No / Tidak
- Is the previous insurance policy subject to any specific exclusion by endorsement?
Adakah polisi insurans dahulu tertakluk kepada kecualian melalui pengensorsan? Yes / Ya No / Tidak
- Has the Insured Person ever made a claim under the previous policy? If "yes", please provide details below.
Pernahkan Orang yang diInsuranskan membuat tuntutan atas polisi dahulu? Jikalau "Ya", sila berikan butir-butir di bawah Yes / Ya No / Tidak

Name of Claimant Nama Orang Yang Buat Tuntutan	Description of Disability Keterangan Kehilangan Upaya	Date of Disability Tarikh Kehilangan Upaya	Claim Amount (RM) Jumlah Tuntutan (RM)

DECLARATION / PENGAKUAN

- I hereby confirm that the information stated in this form is true and correct and I have not concealed or mis-stated any material fact.
Saya mengaku bahawa informasi yang dicatat dalam borang ini adalah benar dan betul dan saya tidak sembunyi atau membekalkan matlumat yang tidak betul.
- I attach herewith a copy of my previous insurance policy and agree to LONPAC INSURANCE BHD applying the same premium loading and exclusions as applicable in my previous policy.
Saya melampirkan salinan polisi insurans dahulu saya dan bersetuju agar LONPAC INSURANCE BHD mengenakan beban premium dan kecualian yang terkandung dalam polisi dahulu saya.

Date:

Tarikh: _____

Signature:

Tandatangan: _____