

LONPAC INSURANCE BHD

(307414-T)

Head Office : LG, 6th, 7th, 21st to 26th Floor, Bangunan Public Bank, 6, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur, Malaysia.
P.O. Box 10708, 50722 Kuala Lumpur, Malaysia.
Tel: (03) 2262 8688, 2723 7888 Fax: (03) 2715 1332, 2034 2654, 2715 0722, 2072 3385, 2715 0696, 2723 7886
Website: www.lonpac.com

DMS/18/PHM(2018)/P/001/July

--	--	--	--

PHM MediSavers 2018 Proposal Form / Borang Cadangan PHM MediSavers 2018

IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING

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.

Kontrak Insurans Pengguna

Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon Insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggungannya, 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 di atas 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.

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 insurance benefits to your employees and their family/dependants, 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.

Kontrak Insurans Komersial

Menurut Perenggan 4(1) daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon Insurans ini untuk memberi manfaat insurans kepada pekerja dan keluarga/tanggungannya 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 di atas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

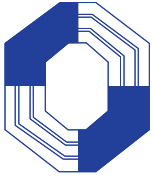
Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

PRIVACY POLICY

For information on our privacy policy, please visit our website www.lonpac.com/web/my/privacy_policy_my

POLISI PRIVASI

Bagi maklumat mengenai polisi privasi kami, sila lawat laman web kami www.lonpac.com/web/my/privacy_policy_my



LONPAC INSURANCE BHD

(307414-T)

Head Office : LG, 6th, 7th, 21st to 26th Floor, Bangunan Public Bank, 6, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur, Malaysia.
P.O. Box 10708, 50722 Kuala Lumpur, Malaysia.
Tel: (03) 2262 8688, 2723 7888 Fax: (03) 2715 1332, 2034 2654, 2715 0722, 2072 3385, 2715 0696, 2723 7886
Website: www.lonpac.com

PHM MediSavers 2018 Proposal Form / Borang Cadangan PHM MediSavers 2018

Agency A/C No. : _____ Policy No.: _____
No. Akaun Agensi _____ No. Polisi _____

Please complete this form using capital letters / Sila isikan borang ini dengan menggunakan huruf besar.

DETAILS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG

Name (As in NRIC / Passport / Company Registration):
Nama (Seperti dalam K.P. / Pasport / Pendaftaran Syarikat) _____

NRIC / Passport No.: _____ Nationality : _____ Company Registered Number:
No. K.P. / Pasport _____ Warganegara _____ Nombor Pendaftaran Syarikat _____

Address _____
Alamat _____

Postcode: _____
Poskod _____

Telephone No. _____ Mobile Phone : _____
No. Telefon _____ Telefon Bimbit _____

Email _____
Emel _____

Date of Birth _____ Gender : Male Female
Tarikh Lahir _____ Jantina Lelaki Perempuan
(dd/mm/yyyy) / (hh/bb/tttt)

Race _____ Malay Chinese Indian Others
Bangsa _____ Melayu _____ Cina _____ India _____ Lain-lain

Marital Status _____ Single Married Divorced Widow Widower
Taraf Perkahwinan _____ Bujang _____ Kahwin _____ Berceraai _____ Balu _____ Duda

Occupation _____
Pekerjaan _____

DETAILS OF INSURED PERSON / BUTIR-BUTIR ORANG YANG DIINSURANSKAN

Name (As in NRIC / Passport) _____
Nama (Seperti dalam K.P. / Pasport) _____

NRIC / Passport / Birth Cert No. _____ Nationality : _____
No. K.P. / Pasport / Sijil Kelahiran _____ Warganegara _____

Date of Birth _____ Gender : Male Female
Tarikh Lahir _____ Jantina Lelaki Perempuan
(dd/mm/yyyy) / (hh/bb/tttt)

Race _____ Malay Chinese Indian Others
Bangsa _____ Melayu _____ Cina _____ India _____ Lain-lain

Height (cm): _____ Weight (kg): _____ Fulltime Student : Yes No
Tinggi (cm) _____ Berat (kg) _____ Pelajar Sepenuh Masa Ya Tidak

Occupation _____ Are you currently pregnant? Yes No
Pekerjaan _____ Adakah anda sedang mengandung? Ya Tidak

Please tick the relevant box below / Sila tandakan kotak berkenaan dibawah:

Non-manual, administrative or clerical work
Kerja bukan manual, pentadbiran atau perkeranian

Involves in the use of power tools
Melibatkan penggunaan alat kuasa

Work of a supervisory nature or work which involves frequent travelling but not involve in manual work
Kerja-kerja pengawasan atau kerja yang melibatkan perjalanan yang kerap tetapi tidak terlibat dalam kerja manual

Involves in operating heavy equipment
Melibatkan dalam mengendalikan peralatan berat

Involve occasional or regular manual work or use of manual tools
Melibatkan dalam kerja manual yang kerap atau biasa atau menggunakan alat manual

Off-shore related work or air crew or ship crew
Kerja berkaitan luar pantai atau krew udara atau krew kapal

Member of the armed forces or uniformed personnel
Anggota angkatan bersenjata atau kakitangan berseragam

Relationship to Proposer _____ Self Husband Wife Child Parent Employee
Perhubungan dengan Pencadang _____ Sendiri _____ Suami _____ Isteri _____ Anak _____ Ibu-Bapa _____ Pekerja

Employee's Husband Employee's Wife Employee's Child Employee's Parent
Suami Pekerja _____ Isteri Pekerja _____ Anak Pekerja _____ Ibu-Bapa Pekerja

Choice of Plan : Basic Cover : Plan 1 Plan 2
 Pilihan Pelan : Perlindungan Utama : Pelan 1 Pelan 2
 Optional Top-Up Insurance : Yes No
 Perlindungan Tambahan : Ya Tidak

DETAILS OF PREMIUM PAYMENT / BUTIR-BUTIR PEMBAYARAN PREMIUM

Premium Payment Frequency : Yearly Monthly (Premium paid on a monthly premium frequency may be higher than annual premium)
 Kekerapan Bayaran Premium : Tahunan Bulanan (Pembayaran premium secara bulanan mungkin lebih daripada premium tahunan)

QUESTIONNAIRE / SOAL SELIDIK

- Does the person to be insured have any deformity or illness?
Adakah orang yang akan diinsuranskan mempunyai sebarang kecacatan atau penyakit? Yes Ya No Tidak
- Has the person to be insured ever undergone any surgical operation?
Pernahkah orang yang akan diinsuranskan mengalami sebarang pembedahan? Yes Ya No Tidak
- 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? Yes Ya No Tidak
- 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 kecacatan? Yes Ya No Tidak
- 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 pembedahan yang belum lagi dilaksanakan? Yes Ya No Tidak
- 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..? Yes Ya No Tidak
- 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 Number Nombor Soalan	Date of Disability Tarikh Kecacatan	Description of Disability Keterangan Bersabit Kecacatan	Result of Treatment Keputusan Rawatan	Name and Address of Doctor and Hospital Nama dan Alamat Doktor dan Hospital

- 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 insurans kesihatan atau pembaharuan polisi kesihatan untuk orang yang akan diinsuranskan ditolak atau diterima dengan terma yang luar biasa?
If the answer is "Yes", please give details.
Jika jawapan anda adalah "Ya", sila beri maklumat lanjut.

- 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?
If the answer is "Yes", please give details.
Jika jawapan anda adalah "Ya", sila beri maklumat lanjut.

- My usual doctor is
Doktor biasa saya adalah
Name: Nama _____
Address: Alamat _____
Tel No: No. Tel _____

DECLARATION / PENGAKUAN

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

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

I/We hereby authorise MXM International Sdn Bhd, any hospital, surgeon, medical practitioner, clinic or other person who attends to me/Insured Person for any reason to disclose to the insurance company any and all information with respect to any illnesses or injury and to provide copies of all hospital or medical records/certifications, including any earlier medical history. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

Saya/Kami dengan ini memberi kuasa kepada MXM International Sdn Bhd, mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan, klinik ataupun individu lain yang datang kepada saya/orang yang diinsuranskan untuk apa tujuan sekalipun untuk memberikan syarikat insurans apa-apa dan semua butir-butiran berhubung dengan mana-mana penyakit atau kecederaan dan memberikan semua salinan rekod/sijil hospital atau perubatan, termasuk mana-mana sejarah perubatan. Salinan fotostat pemberkuasaan ini akan diambil kira sebagai berkesan dan sah sebagai asli.

Date : _____
 Tarikh _____
 (dd/mm/yyyy) / (hh/bb/tttt)

Signature of Proposer : _____
 Tandatangan Pencadang _____