

MPI Generali Insurans Berhad 197301001061 (14730-X)

Head Office : 8th Floor, Menara Multi-Purpose, Capital Square, 8, Jalan Munshi Abdullah, 50100 Kuala Lumpur. P.O. Box 10122, 50704 Kuala Lumpur, Malaysia.
P +603 2034 9888 F +603 2694 5758, +603 2694 5759 mpigenerali.com

Branches

Alor Setar : P +604 735 7007 F +604 735 7000	Kota Bharu : P +609 748 7697, +609 748 7779 F +609 748 1597	Petaling Jaya : P +603 7875 2328 F +603 7875 2321
Batu Pahat : P +607 439 5717 F +607 439 5727	Kota Kinabalu : P +6088 719 720, +6088 726 022 F +6088 711 821	Sandakan : P +6089 212 233 F +6089 222 173
Ipoh : P +605 241 0396, +605 241 0988 F +605 241 6307	Kuantan : P +609 513 5288 F +609 513 3993	Seremban : P +606 761 8818, +606 761 7818 F +606 763 0818
Johor Bahru : P +607 268 7600 F +607 268 7666, +607 268 7668	Kuching : P +6082 248 833, +6082 248 933 F +6082 428 633	Sibu : P +6084 316 633 F +6084 318 933
Kangar : P +604 979 3188, +604 979 3288 F +604 979 3588	Melaka : P +606 288 3818 F +606 283 2818	
Klang : P +603 3343 6898 F +603 3348 8828	Penang : P +604 228 9388 F +604 228 9088	

MPI Generali Insurans Berhad is licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia.
MPI Generali Insurans Berhad dilesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal selia oleh Bank Negara Malaysia.

**MediSavers eSME Insurance Proposal Form
Borang Cadangan MediSavers eSME Insurans**

IMPORTANT NOTES / NOTA PENTING

Pursuant to Paragraph 4 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013: /
Menurut Perenggan 4 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 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.

Sekiranya anda memohon Insurans ini dengan tujuan memberikan faedah insurans perubatan kepada pekerja dan tanggungan mereka, anda mempunyai kewajipan untuk mendedahkan perkara yang anda tahu relevan dengan keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan syarat yang terpakai dan apa-apa perkara seorang yang munasabah dalam hal keadaan itu boleh dijangka untuk tahu sebagai berkaitan, jika tidak, ini boleh mengakibatkan pengelakan kontrak insurans anda, penolakan atau pengurangan tuntutan anda, perubahan syarat atau penamatan kontrak insurans anda.

Kewajipan pendedahan di atas akan berterusan sehingga masa kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

Anda juga berkewajipan untuk memberitahu kami dengan segera jika pada bila-bila masa setelah kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami salah satu maklumat yang diberi dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

Please complete this form in English by using BLOCK LETTERS.

Sila lengkapkan borang ini dalam bahasa Inggeris dengan menggunakan HURUF BESAR.

**ALL QUESTIONS MUST BE FULLY ANSWERED – TICKS OR DASHES WILL NOT SUFFICE.
SEMUA SOALAN MESTI DIJAWAB – TANDA ATAU SENGGANG TIDAK MEMADAI**

PARTICULARS OF PROPOSER / BUTIRAN PENCADANG

Company Name:

Nama Syarikat:

Company Registration

Pendaftaran Syarikat:

SST Registration Number

Nombor Pendaftaran CJP:

Company Address:

Alamat Syarikat:

Postcode:

Paskod:

Nature of Business:

Jenis Perniagaan:

Name of Authorised Person:

Nama Orang yang diberi kuasa:

NRIC No:

No. KP:

Designation:

Jawatan:

Email:

Emel:

Telephone No

No Telefon:

Mobile Phone No:

No Telefon Bimbit:

Period of Insurance: From / Tempoh Insurans : Dari DD/MM/YY To / Hingga DD/MM/YY

Payment Option:

Pilihan Bayaran :

Annual Payment

Bayaran Tahunan

Half-Yearly Payment with 3% premium loading

Bayaran Setiap 6 Bulan dengan 3% tambahan premium

CLASSIFICATION OF BENEFITS / KLASIFIKASI FAEDAH

1 Category of Employee:
Kategori Kakitangan:

Insured Persons: Employee Only Employee & Spouse Employee & Family
Orang yang diinsuranskan: Kakitangan sahaja Kakitangan & Pasangan Kakitangan & Keluarga

Insured Plan (Section 1): Plan 1 Plan 2 Plan 3 Plan 4 Plan 5 Plan 6
Pelan Insurans (Seksyen 1): Pelan 1 Pelan 2 Pelan 3 Pelan 4 Pelan 5 Pelan 6

Co-payment: 0% 25% 50%
Pembayaran Bersama: 0% 25% 50%

Outpatient Insurance (Section 2): Plan 1 Plan 2 Not Insured
Insurans Pesakit Luar (Seksyen 2): Pelan 1 Pelan 2 Tidak diinsuranskan

2 Category of Employee:
Kategori Kakitangan:

Insured Persons: Employee Only Employee & Spouse Employee & Family
Orang yang diinsuranskan: Kakitangan sahaja Kakitangan & Pasangan Kakitangan & Keluarga

Insured Plan (Section 1): Plan 1 Plan 2 Plan 3 Plan 4 Plan 5 Plan 6
Pelan Insurans (Seksyen 1): Pelan 1 Pelan 2 Pelan 3 Pelan 4 Pelan 5 Pelan 6

Co-payment: 0% 25% 50%
Pembayaran Bersama: 0% 25% 50%

Outpatient Insurance (Section 2): Plan 1 Plan 2 Not Insured
Insurans Pesakit Luar (Seksyen 2): Pelan 1 Pelan 2 Tidak diinsuranskan

3 Category of Employee:
Kategori Kakitangan:

Insured Persons: Employee Only Employee & Spouse Employee & Family
Orang yang diinsuranskan: Kakitangan sahaja Kakitangan & Pasangan Kakitangan & Keluarga

Insured Plan (Section 1): Plan 1 Plan 2 Plan 3 Plan 4 Plan 5 Plan 6
Pelan Insurans (Seksyen 1): Pelan 1 Pelan 2 Pelan 3 Pelan 4 Pelan 5 Pelan 6

Co-payment: 0% 25% 50%
Pembayaran Bersama: 0% 25% 50%

Outpatient Insurance (Section 2): Plan 1 Plan 2 Not Insured
Insurans Pesakit Luar (Seksyen 2): Pelan 1 Pelan 2 Tidak diinsuranskan

4 Category of Employee:
Kategori Kakitangan:

Insured Persons: Employee Only Employee & Spouse Employee & Family
Orang yang diinsuranskan: Kakitangan sahaja Kakitangan & Pasangan Kakitangan & Keluarga

Insured Plan (Section 1): Plan 1 Plan 2 Plan 3 Plan 4 Plan 5 Plan 6
Pelan Insurans (Seksyen 1): Pelan 1 Pelan 2 Pelan 3 Pelan 4 Pelan 5 Pelan 6

Co-payment: 0% 25% 50%
Pembayaran Bersama: 0% 25% 50%

Outpatient Insurance (Section 2): Plan 1 Plan 2 Not Insured
Insurans Pesakit Luar (Seksyen 2): Pelan 1 Pelan 2 Tidak diinsuranskan

5 Category of Employee:
Kategori Kakitangan:

Insured Persons:
Orang yang diinsuranskan: Employee Only
Kakitangan sahaja Employee & Spouse
Kakitangan & Pasangan Employee & Family
Kakitangan & Keluarga

Insured Plan (Section 1):
Pelan Insurans (Seksyen 1): Plan 1
Pelan 1 Plan 2
Pelan 2 Plan 3
Pelan 3 Plan 4
Pelan 4 Plan 5
Pelan 5 Plan 6
Pelan 6

Co-payment:
Pembayaran Bersama: 0%
0% 25%
25% 50%
50%

Outpatient Insurance (Section 2):
Insurans Pesakit Luar (Seksyen 2): Plan 1
Pelan 1 Plan 2
Pelan 2 Not Insured
Tidak diinsuranskan

6 Category of Employee:
Kategori Kakitangan:

Insured Persons:
Orang yang diinsuranskan: Employee Only
Kakitangan sahaja Employee & Spouse
Kakitangan & Pasangan Employee & Family
Kakitangan & Keluarga

Insured Plan (Section 1):
Pelan Insurans (Seksyen 1): Plan 1
Pelan 1 Plan 2
Pelan 2 Plan 3
Pelan 3 Plan 4
Pelan 4 Plan 5
Pelan 5 Plan 6
Pelan 6

Co-payment:
Pembayaran Bersama: 0%
0% 25%
25% 50%
50%

Outpatient Insurance (Section 2):
Insurans Pesakit Luar (Seksyen 2): Plan 1
Pelan 1 Plan 2
Pelan 2 Not Insured
Tidak diinsuranskan

Note: Outpatient insurance shall apply to the whole policy if you opt to include outpatient insurance.

Nota: insurans pesakit luar akan dikenakan ke seluruh polisi jika anda memilih untuk memasukkan insurans pesakit luar.

DECLARATION BY EMPLOYER / PENGAKUAN OLEH MAJIKAN

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 tepatsoalan di atas.

I/We hereby authorise, any hospital, surgeon, medical practitioner or 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 mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau 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 pemberikuasaan ini akan diambil kira sebagai berkesan dan sah sebagai asli.

I/We declare that I/We are not involved in:

Saya / Kami mengaku bahawa Saya / Kami tidak terlibat:

- (a) the use or manufacture of hazardous chemicals, explosives and heavy equipment, and
penggunaan atau pembuatan bahan kimia berbahaya, bahan letupan dan peralatan berat, dan
- (b) underground and underwater activities, external work at heights exceeding 20 meters, and
aktiviti bawah tanah dan bawah air, kerja luaran pada ketinggian melebihi 20 meter, dan
- (c) private flying
penerbangan peribadi.

For & on behalf of Proposer / Untuk & bagi pihak Pencadang:

Name: _____ Signature: _____
Nama: _____ Tandatangan _____

Designation: _____ Company Stamp: _____
Jawatan: _____ Cop Syarikat: _____

FOR AGENT USE ONLY / UNTUK KEGUNAAN EJEN SAHAJA

Agent's Name Code:
Kod Nama Ejen:

Note: This form must be filled by the Employer. Please ensure that it is completed before submitting to MPI GENERALI to avoid any delay in processing.

Nota: Borang ini hendaklah diisi oleh Majikan. Sila pastikan borang ini dilengkapkan sepenuhnya sebelum diserahkan kepada MPI GENERALI untuk mengelakkan sebarang kelewatan dalam pemprosesan.

PDPA notice

MPI Generali is committed and has put in place a Privacy Policy to safeguard the security and confidentiality of your personal information with us. In using our services and website, you acknowledge and agree to be bound by the terms of our Privacy Policy which is available at mpigenerali.com

MPI Generali komited dan telah menyediakan Dasar Privasi untuk melindungi keselamatan dan kerahsiaan maklumat peribadi anda dengan kami. Dalam menggunakan perkhidmatan dan laman web kami, anda mengakui dan bersetuju untuk terikat dengan syarat-syarat Dasar Privasi kami yang boleh diperolehi di mpigenerali.com.