

**Proposal Form / Borang Cadangan / 投保表格**

Pursuant to Section 149(4) of the Insurance Act 1996, you are to disclose in this proposal form, fully and faithfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued hereunder may be void.

Menurut Seksyen 149(4) Akta Insurans 1996, anda dikehendaki menyatakan dalam borang cadangan semua fakta yang anda tahu atau patut tahu dengan lengkap dan benar. Jika tidak, polisi yang dikeluarkan mungkin tidak sah.

依据1996年保险法令第149(4)条文,您必须在表格上确实及完整无误地填写您所知道的或所应该知道的一切事实,否则这份保单可能被宣告无效.

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.

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.

您应该确定这份保单是否能够满足您的需求,以及评估您所须缴付的保费是否是在您负担能力范围之内.

Agency No./代理编号

Name of Agent/代理名字

Branch/分行

Nombor Agensi: \_\_\_\_\_

Nama Ajen: \_\_\_\_\_

Cawangan: \_\_\_\_\_

Please complete this form in Bahasa Malaysia or English using capital letters / Sila isikan borang ini dalam Bahasa Malaysia atau Bahasa Inggeris dengan menggunakan huruf besar / 请用马来语或英语大写字母填写表格.

**DETAILS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG / 投保人资料**

NAME (As in NRIC / Passport) / Nama (Seperti dalam KP/Pasport) / 姓名 (根据新身份证/护照)

NEW NRIC / Passport No / No KP Baru / Pasport /

新身份证号码/护照号码 \_\_\_\_\_

ADDRESS / Alamat / 地址 \_\_\_\_\_

POSTCODE / Poskod / 邮局编号 \_\_\_\_\_

TELEPHONE NO / (Home) / (Rumah) / 家

(Office) / (Pejabat) / 办事处

(Mobile) / (Bimbit) / 手提

E-mail / E-mel / 电子邮箱

Nombor Telefon /

电话号码 \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH / Tarikh Lahir / 出生日期

NATIONALITY / Warganegara / 国籍

HEIGHT / Tinggi / 高度

WEIGHT / Berat / 体重

(cm)

(kg)

GENDER / Jantina / 性别

RACE / Bangsa / 种族

 Male / Lelaki / 男 Female / Perempuan / 女 Malay/Melayu/巫裔 Chinese/Cina/华裔 Indian/India/印裔 Others/Lain-Lain/其他

MARITAL STATUS / Taraf Perkahwinan / 婚姻状况

 Single / Bujang / 单身 Married / Kahwin / 已婚 Divorced / Bercerai / 离婚 Widow / Widower / Balu / Duda / 寡妇/鳏夫

OCCUPATION / Pekerjaan / 职业 \_\_\_\_\_

**DETAILS OF INSURED PERSON / BUTIR-BUTIR ORANG YANG DIINSURANSKAN / 受保人资料**

NAME (As in NRIC / Passport) / Nama (Seperti dalam KP/Pasport) / 姓名 (根据新身份证/护照)

NEW NRIC / Passport No / No KP Baru / Pasport /

新身份证号码/护照号码 \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH / Tarikh Lahir / 出生日期

NATIONALITY / Warganegara / 国籍

HEIGHT / Tinggi / 高度

WEIGHT / Berat / 体重

(cm)

(kg)

GENDER / Jantina / 性别

RACE / Bangsa / 种族

 Male / Lelaki / 男 Female / Perempuan / 女 Malay/Melayu/巫裔 Chinese/Cina/华裔 Indian/India/印裔 Others/Lain-Lain/其他

RELATIONSHIP (to Proposer) / Perhubungan (dengan Pencadang) / 与投保人的关系

 Self / Sendiri / 自己 Husband / Suami / 丈夫 Wife / Isteri / 妻子 Child / Anak / 孩子

FULLTIME STUDENT / Pelajar Sepenuh Masa / 全职学生

 Yes / Ya / 是 No / Tidak / 否

OCCUPATION / Pekerjaan / 职业 \_\_\_\_\_

Choice of Plan for Insured Person / Pilihan Pelan Untuk Orang Yang Diinsuranskan / 投保者选择的计划

 Plan A Plan B Plan C Plan D Plan E

## QUESTIONNAIRE / SOAL SELIDIK / 调查表

Yes/Ya/是    No/Tidak/否

1. **Does the person to be insured have any deformity or illness?**  
*Adakah orang yang akan diinsuranskan mempunyai sebarang kecacatan atau penyakit?*  
 投保者是否残缺或患病? [ ]    [ ]
  
2. **Has the person to be insured ever undergone any surgical operation?**  
*Pernahkah orang yang akan diinsuranskan menjalani sebarang operasi pembedahan?*  
 投保者是否曾经进行过任何手术? [ ]    [ ]
  
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?*  
 投保者是否曾经因为患病或受伤而住院? [ ]    [ ]
  
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?*  
 投保者目前是否因为患病或伤残而正在接受药物治疗或者正在接受医生的监督观察? [ ]    [ ]
  
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?*  
 投保者是否曾经被建议接受手术, 而有关手术迄今尚未进行? [ ]    [ ]
  
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..?*  
 投保者是否病症的带菌者, 比如肝炎等等? [ ]    [ ]
  
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.*  
 如果以上1到6的问题有任何一道的答案是“是”, 请填写以下的表格以说明详情. 如有必要, 请用另外一张纸.

Question No. No. Soalan 问题编号	Date of Disability Tarikh Hilang Upaya 残障之日期	Description of Disability Keterangan Bersabit Hilang Upaya 残障说明	Result of Treatment Keputusan Rawatan 治疗结果	Name and Address of Doctor and Hospital Nama dan Alamat Doktor dan Hospital 医生姓名/医院地址

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?*  
 投保者是否曾经申请或更新医药保险而被拒绝或者是以不平常的条件下被接受申请?  
 [ ] Yes / Ya / 是    [ ] No / Tidak / 否  
**If the answer is "Yes", please give details / Jika jawapan anda adalah "Ya", sila beri maklumat lanjut / 如果答案是“是”, 请述详情.**

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?*  
 投保者目前是否拥有其他医药保险?  
 [ ] Yes / Ya / 是    [ ] No / Tidak / 否  
**If the answer is "Yes", please give details / Jika jawapan anda adalah "Ya", sila beri maklumat lanjut / 如果答案是“是”, 请述详情.**

10. **My usual doctor is / Doktor biasa saya adalah / 我经常求诊的医生是**

**Name / Nama / 姓名 :** \_\_\_\_\_

**Address / Alamat / 地址 :** \_\_\_\_\_

**Telephone No. / No. Telefon / 电话号码 :** \_\_\_\_\_

## DECLARATION / PENGAKUAN / 声明

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.

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.

我本人谨此声明以下及前页的陈述皆属真实与完整,而我并没有隐瞒任何足以影响接受这份申请的任何资料。本人同意这份申请书和声明乃本人与 The Pacific Insurance Berhad 之间建立合约的基础,也同意接受公司的保单,并钳制於其间的条件与规定。除此之外本人也明白和同意保障是在缴清保费与公司接受申请后才生效。本人也承认所有的条款已全部向我解释清楚而本人也完全明瞭全部条款,由本人提供给代表本人填写表格的人的答案皆属实情。

I hereby authorise 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 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 matlumat yang berkaitan dengan sebarang kesakitan atau kecederaan itu, dan juga membekalkan salinan semua rekod hospital atau perubatan, pengesahan, termasuk sejarah perubatan yang lampau. Salinan borang ini tetap diterima sah dan laku dan sama taraf dengan borang asal.

本人谨此授权任何医院,手术医生,医药杂科医生,药房或在任何原因之下曾为该受保人医治的人士,披露任何有关病情或伤势的资料等详情,同时也提供全部医院或医药记录与文件的副本,包括以前的医疗病历。这份授权书的副本应当被认同与正本具有一样的法律效果。

Date / Tarikh / 日期

Signature / Tandatangan / 签名

## PREMIUM / PREMIUM / 保费

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.

请在空格上填写。全部更新或更改计划的申请须得到公司的批准。

INSURED PERSON ORANG YANG DIINSURANSKAN 受保人	AGE NEXT BIRTHDAY UMUR HARIJADI BERIKUT 下一次生日的岁数	PLAN PELAN 计划	PREMIUM(RM) PREMIUM (RM) 保费(令吉)	PREMIUM LOADING (%) PREMIUM TAMBAHAN (%) 额外保费 (%)	STAMP DUTY (RM) DUTI SETEM (RM) 印花税(令吉)	TOTAL (RM) JUMLAH (RM) 总额(令吉)
Proposer / Pencadang / 投保人					10.00	
Husband or Wife / Pasangan / 丈夫妻子					10.00	
Child / Anak / 孩子					10.00	
Government Service Tax (where applicable) / Cukai Servis Kerajaan (jika ada) / 政府服务税						
Total Amount Payable / Jumlah Perlu Dibayar / 需支付总款项						

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.

承保公司接受付款并不表示申请已获批准。有关保单申请必须获得承保公司的批准而付款时采用的支票或信用卡也必须先过账,保单方能生效。

若支票或信用卡被银行拒绝,有关申请或更新申请将自动取消,收据将作废。承保公司也将不负任何相关的索赔。

## PAYMENT / PEMBAYARAN / 付款方式

Payment by Cash / Bayaran Tunai / 现金付款 RM \_\_\_\_\_

Payment by Cheque payable to THE PACIFIC INSURANCE BERHAD Cheque No / No. Cek / 支票号码  
Bayaran Cek dibayar kepada THE PACIFIC INSURANCE BERHAD  
支票付款,请注明 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  
本人在此授权于 The Pacific Insurance Berhad 通过本人的信用卡过帐支付保费

Credit Card No / No. Kad Kredit / 信用卡号码 Issuing Bank / Bank Pengeluar / 信用卡所属银行  VISA  
 MASTERCARD

RM \_\_\_\_\_

Card Expiry Date /  
Tarikh Luput Kad /  
信用卡使用截止日期 \_\_\_\_\_

Cardholder's Signature /  
Tandatangan Pemegang Kad /  
信用卡持有人签名 \_\_\_\_\_

Date /  
Tarikh /  
日期 \_\_\_\_\_

**VERIFICATION ON AUTHENTICITY OF IDENTITY / PENGESAHAN KE ATAS KESAHIHAN PENGENALAN DIRI / 查证身份的真实性**

(For Use by Insurance Staff or Intermediary only / Untuk Kegunaan Kakitangan Penginsurans atau Pengantara sahaja / 供职员或代理人用)

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

Menurut seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram & Pembiayaan Anti-Keganasan 2001, saya dengan ini mengesahkan perkara berikut :  
为遵守2001年反洗黑钱和反资助恐怖活动法令的第16(2)条文, 本人谨此证实以下:

- 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 / 验证真本身份证文件若个人/机构的单次或年保费超过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 / 附上身份证文件复印本若个人的单次或年保费超过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 / 附上注册文件复印本若机构的单次或年保费超过RM100,000。

Date / Tarikh /日期	Signature / Tandatangan / 签名	Name of Staff or Intermediary / Nama Kakitangan Penginsurans atau Pengantara / 职员或代理人的姓名	NRIC No. / No. K.P. / 新身份证号码
----------------------	---------------------------------	---	---------------------------------

**STANDING INSTRUCTIONS TO CHARGE ANNUAL PREMIUMS VIA CREDIT CARD  
ARAHAN TETAP UNTUK MENGENAKAN CAJ PREMIUM TAHUNAN MELALUI KAD KREDIT****信用卡繳付年保費定期過帳指示**

I hereby authorise THE PACIFIC INSURANCE BERHAD to charge to my Credit Card Account the annual premium and stamp duty (including unpaid / additional premium, if any) applicable to my insurance policy at the time of each renewal. I am aware that the premium amounts may vary with increase in the age of the insured person and/or increase of premium rates with approval of Bank Negara Malaysia. This authorisation will be in effect until cancelled by myself in writing to THE PACIFIC INSURANCE BERHAD. Notwithstanding the above instructions, I agree that my policy be terminated if premiums are not paid when due.

Saya dengan ini membenarkan THE PACIFIC INSURANCE BERHAD untuk mengenakan caj premium dan duti setem (termasuk premium yang belum dibayar / premium tambahan, jika ada) yang berkuatkuasa pada setiap pembaharuan kepada Akaun Kad Kredit saya di bawah. Saya sedar bahawa jumlah premium mungkin berbeza dengan peningkatan umur orang yang diinsuranskan dan/atau peningkatan kadar premium dengan kelulusan Bank Negara Malaysia. Kebenaran ini akan berkuatkuasa sehingga dibatalkan oleh saya secara bertulis kepada THE PACIFIC INSURANCE BERHAD. Meskipun terdapat arahan di atas, saya bersetuju bahawa polisi saya ditamatkan sekiranya premium tidak dibayar dalam tempoh yang ditetapkan.

本人於此授權 THE PACIFIC INSURANCE BERHAD 每次續保時, 從本人之信用卡帳戶中, 扣除應付予該保單之年保費及印花稅(包括未付 / 額外保費[若有])。本人亦明白, 保費金額可能隨着受保人的年齡增加和 / 或保費率的變動而有所不同, 唯後者須經馬來西亞國家銀行批准。本授權聲明將持續有效直到本人親自以書面通知 THE PACIFIC INSURANCE BERHAD 取消授權為止。儘管有上述指示聲明, 本人亦同意倘若保費到期未繳, 保單亦會被終止。

Policyholder's Authorisation / Kebenaran dari Pemegang Polisi / 保單持有人授權

Signature / Tandatangan / 簽名	Date / Tarikh / 日期		
Credit Card No / No. Kad Kredit / 信用卡號碼	Issuing Bank / Bank Pengeluar / 信用卡所属銀行	Card Expiry Date / Tarikh Luput Kad / 信用卡使用截止日期	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> MASTERCARD