

## Proposal Form / Borang Cadangan

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. 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. Please complete this form in Bahasa Malaysia or English using capital letters.

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 ganti rugi, 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. 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. Sila isikan borang ini dalam Bahasa Malaysia atau Bahasa Inggeris dengan menggunakan huruf besar.

Agency No \_\_\_\_\_ Name of Agent \_\_\_\_\_ Branch \_\_\_\_\_  
Nombor Agensi: \_\_\_\_\_ Nama Agen: \_\_\_\_\_ Cawangan: \_\_\_\_\_

### DETAILS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG

<b>NAME (As in NRIC / Passport)</b> Nama (Seperti dalam KP / Pasport): _____			<b>NEW NRIC / Passport No</b> No KP Baru / Pasport: _____		
<b>ADDRESS</b> Alamat: _____					
<b>POSTCODE</b> Poskod: _____					
<b>TELEPHONE NO Home</b> Nombor Telefon Rumah: _____		<b>Office</b> Pejabat: _____		<b>Mobile</b> Bimbit: _____	
<b>E-mail</b> E-mel: _____					
<b>DATE OF BIRTH</b> Tarikh Lahir: _____		<b>HEIGHT</b> Tinggi: _____ (cm)		<b>WEIGHT</b> Berat: _____ (kg)	
<b>NATIONALITY</b> Warganegara: _____					
<b>RACE</b> [ ] Malay [ ] Chinese [ ] Indian [ ] Others Bangsa Melayu Cina India Lain-Lain			<b>GENDER</b> [ ] Male [ ] Female Jantina Lelaki Perempuan		
<b>MARITAL STATUS</b> [ ] Single [ ] Married [ ] Divorced [ ] Widow / Widower Tarf Perkahwinan Bujang Kahwin Bercerai Balu / Duda			<b>OCCUPATION</b> Pekerjaan: _____		

### DETAILS OF INSURED PERSON / BUTIR-BUTIR ORANG YANG DIINSURANSKAN

<b>NAME (As in NRIC / Passport)</b> Nama (Seperti dalam KP / Pasport): _____					
<b>NEW NRIC / Passport No</b> No KP Baru / Pasport: _____			<b>GENDER</b> [ ] Male [ ] Female Jantina Lelaki Perempuan		
<b>DATE OF BIRTH</b> Tarikh Lahir: _____		<b>HEIGHT</b> Tinggi: _____ (cm)		<b>WEIGHT</b> Berat: _____ (kg)	
<b>NATIONALITY</b> Warganegara: _____					
<b>RACE</b> [ ] Malay [ ] Chinese [ ] Indian [ ] Others Bangsa Melayu Cina India Lain-Lain			<b>OCCUPATION</b> Pekerjaan: _____		
<b>RELATIONSHIP (to Proposer)</b> [ ] Self [ ] Husband [ ] Wife [ ] Child Hubungan (dengan Pencadang) Sendiri Suami Isteri Anak Tidak			<b>FULL-TIME STUDENT</b> [ ] Yes [ ] No Pelajar Sepenuh Masa Ya		
<b>CHOICE OF PLAN FOR INSURED PERSON</b> Pilihan Pelan Untuk Orang Yang Diinsuranskan:			[ ] Plan A		
[ ] MEDI-PAC			[ ] Plan B		
[ ] MEDI-MAJOR			[ ] Plan C		
[ ] MEDI-MAJOR PLUS			[ ] Plan D		
[ ] MEDI-HELP			[ ] Plan E		
[ ] EMERGENCY MEDICAL ASSISTANCE			[ ] Plan 1		
			[ ] Plan 2		

## QUESTIONNAIRE / SOAL SELIDIK

- |  |                 |                   |
|--|-----------------|-------------------|
|  | <b>Yes / Ya</b> | <b>No / Tidak</b> |
| <b>1. Does the person to be insured have any deformity or illness?</b><br><i>Adakah orang yang akan diinsuranskan mempunyai sebarang kecacatan atau penyakit?</i>  | [ ]             | [ ]               |
| <b>2. Has the person to be insured ever undergone any surgical operation?</b><br><i>Pernahkah orang yang akan diinsuranskan menjalani sebarang operasi pembedahan?</i>   | [ ]             | [ ]               |
| <b>3. Has the person to be insured ever been hospitalised for any illness or injury?</b><br><i>Pernahkah orang yang akan diinsuranskan dimasukkan ke hospital untuk sebarang penyakit atau kecederaan?</i>   | [ ]             | [ ]               |
| <b>4. Is the person to be insured currently under medication or supervision of a doctor or physician for any illness or disability?</b><br><i>Adakah orang yang akan diinsuranskan sedang mengambil ubat atau diawasi oleh doktor untuk sebarang penyakit atau hilang upaya?</i>                           | [ ]             | [ ]               |
| <b>5. Has the person to be insured ever been advised to have a surgical operation which has yet to be performed?</b><br><i>Pernahkah orang yang akan diinsuranskan dinasihatkan supaya menjalani operasi pembedahan yang belum lagi dilaksanakan?</i>  | [ ]             | [ ]               |
| <b>6. Is the person to be insured a carrier of any condition, such as hepatitis, etc?</b><br><i>Adakah orang yang akan diinsuranskan pembawa sebarang penyakit, seperti hepatitis, dll?</i>  | [ ]             | [ ]               |
| <b>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.</b><br><i>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.</i> |                 |                   |

Question No. No. Soalan	Date of Disability Tarikh Hilang Upaya	Description of Disability Keterangan Bersabit Hilang Upaya	Result of Treatment Keputusan Rawatan	Name and Address of Doctor and Hospital Nama dan Alamat Doktor dan Hospital

- 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?*  
 **Yes / Ya**       **No / Tidak**  
**If the answer is "Yes", please give details / Jika jawapan anda adalah "Ya", sila beri maklumat lanjut.**

- 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?*  
 **Yes / Ya**       **No / Tidak**  
**If the answer is "Yes", please give details / Jika jawapan anda adalah "Ya", sila beri maklumat lanjut.**

- 10. My usual doctor is / Doktor biasa saya adalah**

**Name / Nama:** \_\_\_\_\_

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

**Telephone No / No. Telefon:** \_\_\_\_\_

- 11. Person to contact in case of emergency (for Emergency Medical Assistance only)**  
*Orang untuk dihubungi jika berlaku kecemasan (untuk Bantuan Perubatan Kecemasan sahaja)*

**Name / Nama:** \_\_\_\_\_

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

**Telephone No / No. Telefon:** \_\_\_\_\_

- 12. Do you smoke cigarettes / Adakah anda seorang perokok?**

**Yes / Ya**       **No / Tidak**

**If "Yes" / Sekiranya "Ya"**

\_\_\_\_\_ **cigarettes per day / batang rokok sehari**

## DECLARATION / PENGAKUAN

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.

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 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.

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 maklumat 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.

Date / Tarikh

Signature / Tandatangan

## PREMIUM / PREMIUM

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

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

AGE NEXT BIRTHDAY OF INSURED PERSON Umur Harijadi Berikut Orang Yang Diinsuranskan	PLAN Pelan	PREMIUM (RM) Premium (RM)	PREMIUM LOADING (%) Premium Tambahan (%)	STAMP DUTY (RM) Duti Setem (RM)	TOTAL (RM) Jumlah (RM)
				10.00	
<b>Goods and Services Tax / Cukai Barang dan Perkhidmatan</b>					
<b>Total Amount Payable / Jumlah Perlu Dibayar</b>					

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.

## 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 confirm the following:

Menurut seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram 2001, saya dengan ini mengesahkan perkara berikut:

- 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
- 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
- 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

Date / Tarikh

Signature / Tandatangan

Name / Nama

New NRIC No / No KP Baru

**PAYMENT / PEMBAYARAN**

Policy No. / No. Polisi: \_\_\_\_\_

Policyholder's Name / Nama Pemegang Polisi: \_\_\_\_\_  
(Name as in NRIC / Passport) / (Nama seperti dalam KP / Pasport)

Insured Person / Orang Yang Diinsuranskan: \_\_\_\_\_  
(Name as in NRIC / Passport) / (Nama seperti dalam KP / Pasport)

Payment by Cash / Bayaran Tunai: RM \_\_\_\_\_

Payment by Cheque Payable to THE PACIFIC INSURANCE BERHAD / Bayaran Cek dibayar kepada THE PACIFIC INSURANCE BERHAD  
RM \_\_\_\_\_ Cheque No. / No. Cek: \_\_\_\_\_

Payment by Credit Card / Bayaran dengan Kad Kredit

One Time Payment by Credit Card / Bayaran dengan Kad Kredit untuk sekali bayaran

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	RM _____
--	----------

Standing Instructions / Arahan Tetap

I hereby authorise THE PACIFIC INSURANCE BERHAD to charge to my Credit Card Account the modal premium / 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 premium is not paid when due.

Saya dengan ini membenarkan THE PACIFIC INSURANCE BERHAD untuk mengenakan caj modal premium / premium tahunan 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.

**Cardholder's Authorisation / Kebenaran dari Pemegang Kad**

Name / Nama: \_\_\_\_\_ New NRIC No / No KP Baru: \_\_\_\_\_

Contact Number of Cardholder / Nombor Pemegang Kad yang boleh Dihubungi: \_\_\_\_\_

Office / Pejabat: \_\_\_\_\_ House / Rumah: \_\_\_\_\_ Handphone / Tel Bimbit: \_\_\_\_\_

Relationship to Policyholder / Hubungan dengan Pemegang Polisi: \_\_\_\_\_

VISA  MASTERCARD Credit Card No. / No. Kad Kredit: \_\_\_\_\_

Issuing Bank / Bank Pengeluar: \_\_\_\_\_

Card Expiry Date / Tarikh Luput Kad: \_\_\_\_\_

Signature / Tandatangan: \_\_\_\_\_ Date / Tarikh: \_\_\_\_\_

**Note / Nota:**

- The Pacific Insurance Berhad shall only accept credit card standing instructions from policyholder or immediate family members of policyholder.** / The Pacific Insurance Berhad hanya menerima arahan tetap melalui kad kredit dari pemegang polisi atau keluarga terdekat pemegang polisi.
- Please be informed that The Pacific Insurance Berhad shall process your Credit Card Standing Instruction, 7 days before the due date of your policy. Kindly ensure that your account has sufficient funds to facilitate this transaction.** / Untuk makluman anda The Pacific Insurance akan memproses arahan tetap kad kredit anda 7 hari sebelum tarikh bermula polisi anda. Sila pastikan yang akaun anda mempunyai dana simpanan yang mencukupi untuk memudahkan transaksi ini.
- If credit cardholder is not the policyholder, credit cardholder is to either provide his/her contact number or letter authorising The Pacific Insurance Berhad to charge his/her credit card to pay for 3rd party's policies.** / Sekiranya pemegang kad kredit bukan pemegang polisi, pemegang kad kredit hendaklah memberi sama ada nombor yang boleh dihubungi atau surat kebenaran kepada The Pacific Insurance Berhad untuk mengenakan caj keatas kad kreditnya untuk membayar polisi pihak ketiga.

**For Office Use / Untuk Kegunaan Pejabat**

Telephone Confirmation Done By / Pengesahan Telefon Dilakukan Oleh:

Name	Signature	Date & Time of Confirmation
Nama: _____	Tandatangan: _____	Tarikh & Masa Pengesahan: _____

**Personal Data Protection Act 2010 ("PDPA") Notification 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](http://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](http://www.pacificinsurance.com.my) untuk maklumat terperinci notis privasi TPIB APDP.