

GROUP HOSPITAL AND SURGICAL INSURANCE HOSPITAL DAN PEMBEDAHAN KUMPULAN

PROPOSAL FORM / BORANG CADANGAN

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.

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 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.

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.

Kontrak Insurans Pengguna

Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggung, 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.

Kontrak Insurans Komersial

Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini untuk memberi manfaat insurans perubatan kepada pekerja dan tanggungan 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 diatas 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.

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.

PARTICULARS OF COMPANY / MAKLUMAT SYARIKAT

Name of Employer / Nama Majikan

Company Registration No / No Pendaftaran Syarikat

Address of Employer / Alamat Majikan

Business of Employer / Jenis Perniagaan Majikan	
Person to Contact / Orang untuk Dihubungi	Telephone No / No Telephone
Broker / Agent / Broker / Agen	Telephone No / No Telephone
Period of Insurance <i>Tempoh Masa Insurans</i>	From <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>D D M M Y Y</i> To <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Kepada D D M M Y Y</i>
Policy Renewal Date <i>Tarikh Polisi Diperbaharui</i>	On <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Pada D D M M Y Y</i>

CLASSIFICATION OF BENEFITS / KLASIFIKASI MANFAAT

Please classify employees' occupation / designation.
Sila kelaskan pekerjaan / jawatan pekerja.

No / No	Employees' Position / Jawatan Perkerja	Plan / Pelan
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____

ELIGIBILITY / KELAYAKAN

(a) Employees becoming eligible on the effective date will be employees who are actually on full-time work.

Kakitangan menjadi layak pada tarikh efektif adalah pekerja yang benar-benar bekerja sepenuh masa.

(b) Future employees will become eligible / Kakitangan baru menjadi layak:

On the date of employment / Pada tarikh perkerjaan.

Upon completion of continuous service of _____ months / years, provided they are actively at work.

Setelah selesai perkhidmatan berterusan _____ bulan / tahun, dengan syarat mereka aktif di tempat kerja.

SCHEME OF INSURANCE / SKIM INSURANS

Premium of insurance will be borne by / Premium insurans akan ditanggung oleh:

Employer / Majikan

100% participation of eligible employees and/or dependants are required. Dependents coverage will not become effective before the insurance of employees become effective.

100% penyertaan kakitangan dan / atau tanggungan yang layak diperlukan. Perlindungan tanggungan tidak akan berkuatkuasa sebelum insurans pekerja berkuatkuasa.

Employee / Pekerja

Minimum 75% participation of eligible employees are required. Dependant coverage will not become effective before at least 75% of the eligible employees having dependents subscribe to the plan both for themselves and their dependents.

Minimum 75% penyertaan kakitangan yang layak diperlukan. Perlindungan tanggungan tidak akan berkuatkuasa sebelum sekurang-kurangnya 75% daripada pekerja yang layak yang mempunyai tanggungan melangani plan kedua-duanya untuk diri sendiri dan tanggungan mereka.

SIGNATURE AND STAMP OF EMPLOYER / TANDATANGAN DAN COP MAJIKAN

Witnessed by
Disaksikan oleh

For and On Behalf of Employer
Untuk dan Atas Nama Majikan

Signature
Tandatangan

Signature
Tandatangan

Stamp of Employer
Cop Majikan

Name
Nama

Name
Nama

Title
Jawatan

Title
Jawatan

Date of Signature
Tarikh Tandatangan

Date of Signature
Tarikh Tandatangan

CONSENT TO USE PERSONAL DATA FOR CROSS-SELLING, MARKETING AND PROMOTIONS
PERSETUJUAN UNTUK MENGGUNAKAN DATA PERIBADI UNTUK JUALAN-SILANG, PEMASARAN DAN PROMOSI

I expressly consent and authorise The Pacific Insurance Berhad (TPIB) to process any information that I have provided to TPIB for the purpose of cross-selling, marketing and promotions including disclosure to other companies within TPIB, its agents and/or such persons of third parties as TPIB may deem fit.

Saya secara nyata mengizinkan dan membenarkan The Pacific Insurance Berhad (TPIB) memproses apa-apa maklumat yang saya telah berikan kepada TPIB untuk tujuan penjualan silang, pemasaran dan promosi termasuk pendedahan maklumat-maklumat tersebut kepada syarikat-syarikat lain di dalam kumpulan TPIB, agen-agennya dan/atau mana-mana orang atau pihak ketiga sebagaimana dianggap sesuai oleh TPIB.

Yes / Ya

No / Tidak

Personal Data Protection Act 2010 ("PDPA") 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 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 untuk maklumat terperinci notis privasi TPIB APDP.

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:

Selaras dengan pematuhan Seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram 2001, saya dengan ini mengesahkan bahawa 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 Group with single or annual premium exceeding RM100,000**
Salinan dokumen pengenalan diri dilampirkan untuk Kumpulan dengan premium tunggal atau tahunan melebihi RM100,000

Name / Nama

Signature / Tandatangan

New NRIC No / No KP Baru

Date / Tarikh