

PACIFIC CRITICAL CARE

Critical Illness Insurance / *Insurans Penyakit Kritikal*

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.

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/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 gantirugi, 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.

Agency No / No Agensi

Name of Agent / Nama Agen

Branch / Cawangan

Sila isikan Borang Cadangan ini dalam Bahasa Inggeris atau Bahasa Malaysia dengan menggunakan huruf besar dan tandakan (✓) di kotak yang berkenaan.

DETAILS OF PROPOSER AND INSURED PERSON / BUTIR-BUTIR PENCADANG DAN ORANG YANG DIINSURANSKAN

Name (as in NRIC / Passport) / Nama (seperti dalam KP / Pasport)		
New NRIC / Passport No / No KP Baru / Pasport		Date of Birth / Tarikh Lahir
Address / Alamat		Postcode / Poskod
Mobile Tel No / No Tel Bimbit	Home Tel No / No Tel Rumah	Email / Emel
Race [] Malay [] Chinese [] Indian [] Others <i>Bangsa Melayu Cina India Lain-Lain</i>	Gender [] Male [] Female <i>Jantina Lelaki Perempuan</i>	
Nationality / Warganegara		
[] Malaysian / Malaysia [] Others (Please specify) / Lain-lain (Sila nyatakan) _____		
Marital Status / Taraf Perkahwinan		
[] Single / Bujang [] Married / Berkahwin [] Divorced / Bercerai [] Widowed / Janda		
Choice of Plan for Insured Person / Pilihan Pelan untuk Orang yang Diinsuranskan		
[] Plan 350 [] Plan 250 [] Plan 150		

QUESTIONNAIRE / SOAL SELIDIK

Please answer all of the questions accurately below. <i>Sila jawab semua soalan di bawah dengan tepat.</i>	Yes / Ya	No / Tidak
1. Have you ever had: <i>Adakah anda pernah mengalami:</i>		
(a) Cancer, carcinoma in-situ, tumour, lump, cyst, leukemia or lymphoma. <i>Kanser, karsinoma in-situ, tumor, ketumbuhan, sista, leukemia atau limfoma.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Heart disease (including coronary arteries and aorta) or raised blood pressure. <i>Penyakit jantung (termasuk arteri koronari dan aorta) atau tekanan darah tinggi.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Diabetes or raised blood sugar. <i>Kencing manis atau kandungan gula dalam darah tinggi.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Stroke, epilepsy or neurological disorders. <i>Strok, epilepsi atau gangguan saraf.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Kidney disorders or liver disorders (including Hepatitis B or C). <i>Penyakit buah pinggang atau penyakit hati (termasuk Hepatitis B atau C).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) AIDS or HIV infection. <i>AIDS atau jangkitan HIV.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Currently are you awaiting for the results of any investigation or awaiting to undergo any surgery, medical procedure, or treatment? <i>Adakah anda sedang menunggu keputusan sebarang siasatan atau menunggu untuk menjalani sebarang pembedahan, prosedur perubatan atau rawatan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Please answer all of the questions accurately below.</p> <p><i>Sila jawab semua soalan di bawah dengan tepat.</i></p>	<p>Yes / Ya</p>	<p>No / Tidak</p>
<p>3. In the past 5 years, have you:</p> <p><i>Dalam tempoh 5 tahun yang lalu, adakah anda:</i></p>		
<p>(a) Received medical advice or treatment for chest pain, limb weakness or numbness, unexplained weight loss of 5 kg or more, blood in stool, protein, or blood in urine; or <i>Menerima nasihat perubatan atau rawatan untuk sakit dada, kelemahan anggota atau kebas, penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan sebanyak 5 kg atau lebih, darah dalam najis, protein atau darah dalam air kencing; atau</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(b) Been advised to undergo any investigation, blood or urine test, mammogram, ultrasound, CT or MRI scan or biopsy where results are abnormal; or <i>Pernah dinasihatkan untuk menjalani sebarang siasatan, ujian darah atau air kencing, mamogram, ultrasound, imbasan CT atau MRI atau biopsi di mana keputusannya tidak normal; atau</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(c) Been advised to be on prescribed medical treatment or scheduled follow-up* with your doctor for more than 2 weeks. *Please select 'No' if the follow-up is due to pregnancy or minor illnesses including but not limited to flu or food poisoning, for which you have fully recovered and discharged from follow-up without complications. <i>Pernah dinasihatkan untuk menjalani rawatan perubatan yang ditetapkan atau susulan berjadual* dengan doktor anda selama lebih daripada 2 minggu.</i> <i>*Sila pilih 'Tidak' jika susulan ke hospital adalah disebabkan oleh kehamilan atau penyakit ringan termasuk tetapi tidak terhad kepada selesema atau keracunan makanan, yang mana anda telah pulih sepenuhnya dan dibenarkan keluar daripada rawatan susulan tanpa komplikasi.</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>(d) Been hospitalised* for 5 or more consecutive days? *Please select 'No' if the hospitalisation is due to pregnancy or minor illnesses including but not limited to flu or food poisoning, for which you have fully recovered and discharged from follow-up without complications. <i>Pernah dimasukkan ke hospital* selama 5 atau lebih hari berturut-turut?</i> <i>*Sila pilih 'Tidak' jika kemasukan ke hospital adalah disebabkan oleh kehamilan atau penyakit ringan termasuk tetapi tidak terhad kepada selesema atau keracunan makanan, yang mana anda telah pulih sepenuhnya dan dibenarkan keluar daripada rawatan susulan tanpa komplikasi.</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Have you ever been declined, deferred, offered with restricted benefits or additional premiums in any of your existing life, critical illness, or health insurance application? <i>Pernahkah anda ditolak, ditangguhkan, ditawarkan dengan faedah terhad atau premium tambahan dalam mana-mana permohonan insurans hayat, penyakit kritikal atau insurans kesihatan anda yang sedia ada?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5. Have any two or more of your immediate family members (parents or siblings) ever suffered from cancer, heart disease, stroke, kidney failure or any hereditary disease before age 60? <i>Adakah mana-mana dua atau lebih ahli keluarga terdekat anda (ibu bapa atau adik-beradik) pernah menghidapi kanser, penyakit jantung, strok, kegagalan buah pinggang atau sebarang penyakit keturunan sebelum umur 60 tahun?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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**

DECLARATION / PENGAKUAN

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

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 acknowledge and consent that the personal data, including any sensitive personal data, collected herein be used and processed for the purpose of this proposal and be disclosed to industry associations/federations, third party administrators, individuals, reinsurers and organisations associated with The Pacific Insurance Berhad or involve in any claim settlement.

I hereby authorise, any hospital, surgeon, medical practitioner or clinic or other person who attends to me/insured person for any reason or any insurance company or other organisations, institutions or persons that has any records or knowledge of me/insured person or my/insured person's health, to disclose to The Pacific Insurance Berhad or its representatives any and all such information about me/insured person or my/insured persons's health and medical history and to provide copies of all hospital or medical records/certifications. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

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

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 mengakui dan bersetuju bahawa data peribadi, termasuk apa-apa data peribadi yang sensitif yang dikumpulkan di sini digunakan dan diproses untuk tujuan cadangan ini dan dizahirkan kepada persatuan/persekutuan industri, pentadbir pihak ketiga, individu, penanggung insurans semula, pertubuhan yang berkaitan dengan The Pacific Insurance Berhad atau terlibat dalam apa-apa penyelesaian tuntutan.

Saya 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 atau syarikat insuran atau mana-mana organisasi, institusi atau orang perseorangan yang mempunyai rekod atau pengetahuan mengenai diri saya/orang yang diinsuranskan atau kesihatan saya/orang yang diinsuranskan untuk memberikan The Pacific Insurance Berhad atau wakilnya apa-apa dan segala maklumat mengenai diri saya/orang yang diinsuranskan atau keadaan kesihatan dan rekod perubatan saya/orang yang diinsuranskan dan memberikan semua salinan rekod/sijil hospital atau perubatan. Salinan fotostat pemberikuasaan ini akan diambil kira sebagai berkesan dan sah sebagai asli.

Signature of Proposer / Tandatangan Pencadang

Date of Signature / Tarikh Tandatangan

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.

PREMIUM / PREMIUM

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

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

	Total (RM) / Jumlah (RM)
Annual Premium Inclusive of Service Tax / Premium Tahunan Termasuk Cukai Perkhidmatan	
Premium Loading (%) / Premium Tambahan (%)	
Stamp Duty / Duti Setem	
Total Amount Payable / Jumlah Perlu Dibayar	

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.

PAYMENT / PEMBAYARAN

Payment by / Bayaran secara Cash / Tunai Cheque no / No cek (_____) Credit card / Kad kredit

Amount / Jumlah: RM _____ premium payable to / bayar premium kepada **THE PACIFIC INSURANCE BERHAD**

Credit Cardholder's Authorisation / Kebenaran dari Pemegang Kad Kredit

Name / Nama: _____ New NRIC no / No KP baru: _____

Contact number of cardholder / Nombor pemegang kad yang boleh dihubungi

Mobile tel no / Tel bimbit: _____ Office / Pejabat: _____ House / Rumah: _____

Relationship to policyholder / Hubungan dengan pemegang polisi: _____

VISA MASTERCARD Credit card no / No kad kredit: _____

Issuing bank / Bank pengeluar: _____ Credit card expiry date / Tarikh luput kad kredit: _____

Signature of Proposer / Tandatangan Pencadang

Date of Signature / Tarikh Tandatangan

Note / Nota:

If the credit cardholder is not the policyholder, the 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.