

Pejabat/Agen:	<b>Nota :</b> i) Ketika mengisi borang ini sila pastikan semua soalan telah dijawab sepenuhnya. ii) Insurans ini tidak akan berkuatkuasa sehingga borang cadangan itu telah di terima oleh pihak syarikat.	No.Nota Perlindungan: No.Polisi:
---------------	--	-------------------------------------

**NOTIS PENTING**

**Kontrak Insurans Pengguna**

Menurut Perenggan 5 daripada jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon Insurans ini sepenuhnya untuk tujuan yang tidak berkaitan perdagangan, perniagaan atau profesion anda, anda mempunyai kewajiban 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 gantrugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda.

Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak 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 kewajiban 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 tujuan yang berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda, 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 sebagai relevan, 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 anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami. Anda juga mempunyai kewajiban 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.

**Ya, Saya ingin memohon Manfaat Tambahan Covid-19 dan Demam Denggi**  
**Nota penting : Manfaat Tambahan ini hanya untuk polisi kemalangan diri sahaja.**

Tempoh Insurans : Dari \_\_\_\_\_ hingga : \_\_\_\_\_ (kedua-dua tarikh termasuk)

**BUTIR-BUTIR ORANG YANG DIINSURANSKAN (SILA GUNAKAN BORANG YANG BERLAINAN BAGI SETIAP ORANG YANG DIINSURANSKAN)**

Nama (seperti dalam K.P):			
No K.P Baru:		No K.P Lama:	Tarikh Lahir:
Status Perkahwinan :	Bujang <input type="checkbox"/>	Berkahwin <input type="checkbox"/>	Jantina : Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/>
Alamat Rumah:			
No Tel Pejabat:	No Tel Rumah:	No Tel Bimbit:	
Warganegara:		Pekerjaan (Sila nyatakan tugas pekerjaan dengan jelas):	
Alamat Pejabat	Malaysia <input type="checkbox"/>	Luar Negara <input type="checkbox"/>	

**JADUAL MANFAAT DAN PREMIUM**

JADUAL MANFAAT			
Manfaat Tunai	PELAN A	PELAN B	PELAN C
Manfaat Tunai Harian Hospital (Maksima sehingga 30 hari bagi setiap tempoh Insurans)	RM100	RM200	RM300
Premium Tahunan Tambahan	RM22	RM38	RM50

**SOALAN: Anda dikehendaki menjawab semua soalan. Sila (✓) dengan sewajarnya, jangan tinggalkan sebarang soalan yang tidak dijawab).**

- |   | Ya                       | Tidak                    |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Selain permohonan ini, adakah anda mempunyai polisi tambahan atau polisi lain berkaitan Covid-19 yang telah anda beli daripada pihak Pacific Insurans Berhad?<br>Jika `ya`, sila berikan segala butiran untuk mendapatkan kelulusan daripada pihak underwriter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>BUTIRAN:</b> .....   |                          |                          |
| 2. Pernahkah sebelum ini anda dijangkiti Covid-19?<br>Jika `ya`, sila berikan segala butiran untuk mendapatkan kelulusan daripada pihak underwriter   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>BUTIRAN</b> .....  |                          |                          |
| 3. Pernahkah anda mempunyai hubungan dengan sesiapa yang dijangkiti Covid- 19 termasuk ahli keluarga atau penghuni rumah sejak tempoh 30 hari terdekat?<br>Jika `ya`, sila berikan segala butiran untuk mendapatkan kelulusan daripada pihak underwriter          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>BUTIRAN</b> .....  |                          |                          |
| 4. Adakah anda , keluarga atau ahli penghuni rumah bekerja di hospital?<br>Jika `ya`, sila berikan segala butiran untuk mendapatkan kelulusan daripada pihak underwriter  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>BUTIRAN</b> .....  |                          |                          |
| 5. Adakah ahli keluarga anda termasuk didalam perlindungan polisi ini?<br>Jika `ya`, sila berikan segala butiran untuk mendapatkan kelulusan daripada pihak underwriter   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>BUTIRAN</b> .....  |                          |                          |

**PREMIUM**

Sila isikan ruang yang disediakan. Semua pemohonan untuk pembaharuan atau perubahan pelan adalah tertakluk kepada kelulusan Penginsurans.		
Orang yang diinsuranskan	Pelan	Premium (RM)
	Pelan	
	Cukai Perkhidmatan (yang berkenaan)	
	Jumlah yang perlu dibayar	

**PENGAKUAN**

Saya dengan ini mengaku bahawa butiran diatas dan pernyataan di halaman sebelah adalah benar dan lengkap dan saya tidak merahsiakan sebarang maklumat yang mungkin mempengaruhi kelulusan permohonan ini. Saya mengesahkan bahawa permohonan dan pengakuan ini akan menjadi asas kontrak diantara saya dan The Pacific Insurance Berhad dan bersetuju untuk menerima polisi syarikat dan tertakluk kepada terma dan syarat-syarat polisi. 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 juga jawapan yang diberikan adalah maklumat benar yang diberikan oleh saya kepada orang yang mengisi borang bagi pihak saya.

\_\_\_\_\_  
Tarikh

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Pencadang

**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.**