

Pejabat/Agen:	Nota: (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 kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan di dalam Borang Cadangan (atau semasa memohon insurans 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 di dalam Borang Cadangan (atau semasa memohon insurans 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 (atau semasa permohonan insurans ini), apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan tidak tepat atau sudah 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, 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 (atau semasa permohonan insurans ini), apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan tidak tepat atau sudah berubah.

1. Nama pencadang:		
2. Alamat:		Poskod:
3. No K/P:	No.Pendaftaran Perniagaan:	No. passport:
4. Tarikh Lahir:		
5. No.Tel:	No.Telefon Bimbit:	No.Fax:
6. Pekerjaan:		
7. Tempoh Insurans: Dari _____ Hingga _____ (Kedua-dua tarikh termasuk)		

BUTIR-BUTIR PELAJAR YANG AKAN DIINSURANSKAN

No	Nama	Jantina	Tarikh Lahir	No.K/P (atau No.S/K)
1				
2				
3				
4				

5				
6				
7				
8				
9				
10				

*Sila gunakan kertas lampiran jika perlu.

No	Manfaat	Pelan A (RM)	Pelan B (RM)
1	Kematian Kemalangan	7,500	15,000
2	Hilang Upaya Kekal akibat kehilangan penggunaan satu atau kedua tangan, atau satu atau kedua-dua kaki, atau kehilangan satu penglihatan atau kedua-dua mata akibat kemalangan.	25,000	50,000
3	Hilang Upaya Kekal akibat sebab lain daripada kehilangan anggota badan atau mata akibat daripada kemalangan	25,000	50,000
4	Manfaat Ihsan kematian akibat kemalangan.	1,000	2,500
5	Elaun Wang Tunai bagi setiap hari semasa tempoh dimasukkan ke Hospital yang berlesen sehingga maksima 60 hari berturut-turut dari tarikh kemalangan	25 sehari	50 sehari
6	Bayaran balik perbelanjaan perubatan akibat kemalangan yang di sokong oleh bil-bil asal .	1,000	1,500
	Premium Tahunan - Setiap Individu (tidak termasuk Cukai Perkhidmatan yang berkenaan). Minimum Premium untuk setiap polisi - RM35	5	10

PERAKUAN

Saya dengan ini mengaku bahawa butiran diatas dan kenyataan 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 polisi. Adalah difahami dan dipersetujui bahawa perlindungan ini hanya akan menjadi sah jika ia telah diterima oleh Syarikat. Saya seterusnya mengakui bahawa kesemua terma telah diterangkan kepada saya dengan jelas dan saya memahami sepenuhnya semua terma dan juga jawapan yang telah diberikan adalah maklumat benar yang diberikan oleh saya kepada orang yang mengisi borang bagi pihak saya.

Tandatangan Pencadang

Tarikh

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.w.pacificinsurance.com.my untuk maklumat terperinci notis privasi TPIB APDP.

PERSETUJUAN UNTUK MENGGUNAKAN DATA PERIBADI UNTUK JUALAN-SILANG, PEMASARAN DAN PROMOSI

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-agensya dan/atau mana-mana orang atau pihak ketiga sebagaimana dianggap sesuai oleh TPIB.

Ya

Tidak

PENGESAHAN KEATAS KESAHIHAN PENGENALAN DIRI

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

<input type="checkbox"/> Dokumen asal pengenalan diri disemak	
<input type="checkbox"/> Salinan dokumen pengenalan diri dilampirkan untuk individu dengan premium tunggal atau tahunan melebihi RM50,000.00	
<input type="checkbox"/> Salinan dokumen pengenalan diri dilampirkan untuk kumpulan dengan premium tunggal atau tahunan melebihi RM 100,000	
Tandatangan: Tarikh :	Nama Penuh: _____ (Nama Kakitangan Penginsurans atau Pengantara) No.K/P: