

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 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 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 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 Pacific Super Protector

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

Anda harus berpuas hati dengan memilih pelan yang sesuai, memenuhi keperluan anda dan premium yang perlu dibayar bagi polisi adalah jumlah yang anda mampu.

PELAN PILIHAN SAYA (Sila Tandakan)

Pelan:

Nama (seperti dalam K.P):

No K.P Baru:

No K.P Lama:

Tarikh Lahir:

Status Perkahwinan: Bujang

Berkahwin

Jantina : Lelaki

Perempuan

Alamat Rumah:

No Tel Pejabat:

No Tel Rumah:

No Tel Bimbit:

Warganegara:

Pekerjaan (Sila nyatakan tugas pekerjaan dengan jelas):

PELAN PILIHAN PASANGAN (Sila Tandakan)			Pelan:
Nama (seperti dalam K.P):			
No K.P Baru:	No K.P Lama:	Tarikh Lahir:	
Pekerjaan (Sila nyatakan tugas pekerjaan dengan jelas) :	Jantina : Lelaki <input type="checkbox"/>	Perempuan <input type="checkbox"/>	
Alamat Rumah:			
No Tel Pejabat:	No Tel Rumah:	No Tel Bimbit:	
Warganegara:			

PELAN PILIHAN ANAK			Pelan:
Nama :	No K.P / SK	Jantina	Tarikh Lahir
1.		Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/>	
2.		Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/>	
3.		Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/>	
4.		Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/>	

(Sila gunakan kertas lampiran jika perlu).

SOAL SELIDIK (Soalan mesti dijawab sepenuhnya oleh pemohon)			
1.	Adakah sesiapa orang yang akan diinsuranskan sedang:	Ya	Tidak
	(a) tidak dalam kesihatan baik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) cacat fizikal atau keuzuran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) melibatkan diri dalam aktiviti lasak atau berbahaya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(d) diinsuranskan di bawah polisi Kemalangan Diri, Nyawa atau Kesihatan di syarikat ini atau mana-mana syarikat lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Adakah sesiapa orang yang akan diinsuranskan pernah :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(a) dimasukkan ke hospital akibat kemalangan dalam tempoh masa 5 tahun kebelakangan ini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) membuat tuntutan di bawah polisi Kemalangan Diri, Nyawa atau Kesihatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(c) ditolak, dibatalkan, tidak diperbaharui atau dikenakan syarat-syarat khas ke atas permohonan untuk polisi Kemalangan Diri, Nyawa atau kesihatan dari syarikat ini atau mana-mana syarikat lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jika jawapan anda adalah 'ya" kepada mana-mana soalan di atas, sila berikan keterangan lanjut.			
No Soalan	Keterangan		

JADUAL MANFAAT DAN PREMIUM TAHUNAN

PELAN	Kematian Akibat Kemalangan & Hilang Upaya Kekal (RM)	Perbelanjaan Perubatan (RM)	Pendapatan Harian Hospital (RM)	Liabiliti Peribadi (RM)	Manfaat Mingguan (RM)	Premium (RM)
Untuk Kelas 1 Kelas 2 (Pekerjaan Sahaja)						
1	50,000	3,500	75	75,000	-	86
1A	50,000	3,500	75	75,000	50	116
2	100,000	4,500	75	150,000	-	156
2A	100,000	4,500	75	150,000	75	196
3	150,000	5,500	75	225,000	-	206
3A	150,000	5,500	75	225,000	100	266
4	200,000	6,500	100	300,000	-	276
4A	200,000	6,500	100	300,000	125	346
5	300,000	7,500	100	450,000	-	386
5A	300,000	7,500	100	450,000	150	466
6	500,000	8,500	175	750,000	-	626
6A	500,000	8,500	175	750,000	250	806
7	750,000	9,500	175	1,125,000	-	886
7A	750,000	9,500	175	1,125,000	375	1,086
8	1,000,000	10,000	225	1,500,000	-	1,176

8A	1,000,000	10,000	225	1,500,000	500	1,426
PERLINDUNGAN TAMBAHAN OPSYENAL :						
	100,000	-	-	-	-	50
Untuk Kelas 3 (Pekerjaan Sahaja)						
9	50,000	3,500	75	75,000	-	143
9A	50,000	3,500	75	75,000	50	178
10	100,000	4,500	75	150,000	-	243
10A	100,000	4,500	75	150,000	50	278
11	150,000	5,500	75	225,000	-	353
11A	150,000	5,500	75	225,000	50	388
12	200,000	6,500	100	300,000	-	483
12A	200,000	6,500	100	300,000	75	538
13	300,000	7,500	100	450,000	-	733
13A	300,000	7,500	100	450,000	75	788

Nota: Pelan manfaat mingguan ini tidak termasuk suri rumah dan kanak-kanak.

PREMIUM

Sila isikan ruang yang disediakan. Semua permohonan untuk pembaharuan atau perubahan pelan adalah tertakluk kepada kelulusan Penginsurans.		
Orang yang diinsuranskan	Pelan	Premium (RM)
Pasangan		
Anak		
1.		
2.		
3.		
	Cukai Perkhidmatan (yang berkenaan)	
	Duti setem	10.00
	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 Insurans 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 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-agennya dan/atau mana-mana orang atau pihak ketiga sebagaimana dianggap sesuai oleh TPIB.

Ya

Tidak

CARA PEMBAYARAN

Bayaran Secara Tunai RM _____

Bayaran Melalui cek. Dibayar kepada The Pacific Insurans berhad. No Cek. _____ RM _____

Saya dengan ini membenarkan The Pacific Insurans Berhad untuk mengenakan caj kepada Akaun kad kredit saya untuk bayaran premium saya RM _____

Kredit kad / No Akaun. Visa MasterCard Tarikh luput kad:

Bank Pengeluar _____ Tandatangan Pemegang Kad _____

Kutipan bayaran tidak boleh anggap sebagai penerimaan permohonan anda sehinggalah permohonan diterima oleh penginsurans dan ianya juga tertakluk kepada penjelasan pembayaran anda jika ia dibuat melalui cek atau kad kredit. Sekiranya cek atau kad kredit tidak diterima oleh pihak Bank, permohonan/pembaharuan yang (mana berkenaan) serta resit akan dibatalkan secara automatik dan penginsurans tidak dipertanggungjawabkan keatas apa-apa tuntutan.

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"/> Salinan dokumen pengenalan diri dilampirkan untuk individu dengan premium tunggal dan tahunan melebihi RM 50,000.00	
<input type="checkbox"/> Salinan dokumen pengenalan diri dilampirkan untuk kumpulan dengan premium tunggal dan tahunan melebihi RM 100,000	
<input type="checkbox"/> Salinan dokumen pengenalan diri dilampirkan untuk individu dengan premium tunggal dan tahunan melebihi RM 50,000.00	
Tandatangan : Tarikh :	Nama Penuh: _____ (Nama Kakitangan Penginsurans atau Pengantara) No.KP: _____

Sila baca terlebih dahulu dengan teliti sebelum tuan/puan melantik penama-penama.

- (1) Penamaan oleh pemegang polisi bukan Islam di bawah Sub perenggan 5(1) Jadual 10, seksyen 130, Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 akan memperuntukan kewujudan amanah yang berpihak kepada penama, sekiranya penama-penama adalah suami/isteri, anak atau jika tiada suami/isteri atau anak tersebut adalah ibubapanya, anda dinasihatkan agar melantik pemegang amanah untuk wang polisi dan sekiranya tiada, maka penama yang paling layak akan menjadi pemegang amanah. Sebagai polisi amanah, anda tidak boleh membatalkan penamaan, mengubah atau menyerahkan polisi atau menyerah hak polisi sebagai gadaian keselamatan tanpa kebenaran pemegang amanah, jika tidak ada pemegang amanah yang dilantik (a) penama yang layak mengikut kontrak : atau (b) jika penama tidak layak untuk kontrak, ibu bapa kepada penama yang tidak layak dan dimana tidak ada ibu bapanya yang masih hidup, Pemegang Amanah Raya, hendaklah menjadi pemegang amanah wang polisi.
- (2) Penama selain dari dibawah Sub perenggan 5(1) Jadual 10, Seksyen 130, Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 , yang menerima wang polisi yang dibayar setelah kematian pemegang polisi adalah sebagai perlaksana wasiat dan bukannya sebagai benefisiari menurut seksyen Sub perenggan 6(1) Jadual 10, Seksyen 130, Akta Perkhidmatan Kewangan 2013. Penama bagi seorang pemegang polisi yang beragama Islam, perlu mengagihkan wang tersebut berdasarkan undang-undang Islam.
- (3) Jika anda berhajat untuk menyerahkan hak wang polisi kepada penama selain daripada suami/isteri, anak atau ibubapa anda, maka anda dinasihatkan agar menyerahkan manfaat polisi, kepada penama tersebut dan tidak menyempurnakan penamaan dibawah ini. Borang serah hak boleh didapati atas permintaan.

Untuk maklumat lanjut, sila rujuk kepada Jadual 10, Seksyen 130 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013.

Saya, sebagai Pencadang /Pemegang Polisi seperti diatas Cadangan untuk Jaminan/Polisi , dengan ini melantik nama-nama yang berikut sebagai penama untuk menerima semua wang polisi yang dibayar apabila saya meninggal dunia. Dengan ini saya mengaku bahawa saya akan berurusan berkenaan polisi ini dengan mematuhi syarat-syarat yang tercatat diatas.

No.Cadangan				
Nama dan Alamat Penama-Penama	No K.P/ SK / Pasport	Tarikh Lahir	Hubungan	Bahagian %

Tandatangan Saksi

Tandatangan Pencadang/Pemegang Polisi

Nama : No. K/P: Alamat:	Nama : No. K/P: Alamat:
-------------------------------	-------------------------------

Untuk yang bukan beragama Islam, anda dinasihatkan untuk melantik pemegang amanah supaya polisi anda menjadi polisi amanah. NOTA: Bahagian pemegang amanah tercatat dibawah tidak perlu kepada seorang pemegang polisi atau penama beragama Islam selain daripada Sub perenggan 5(1) Jadual 10, Seksyen 130, Akta Perkhidmatan Kewangan 2013.

Tandatangan Saksi

Tandatangan Pemegang Amanah
(Saya dengan ini bersetuju bertindak sebagai
Pemegang amanah terhadap polisi yang tersebut diatas)

Nama : No. K/P: Alamat:	Nama : No. K/P: Alamat:
-------------------------------	-------------------------------

Ditandatangani di _____ pada _____/20
(Tempat) (Tarikh) (Bulan) (Tahun)

Nota: Pemegang polisi mestilah sekurang-kurangnya berumur 16 tahun untuk berhak melantik penamaan dan saksi hendaklah berumur tidak kurang daripada 18 tahun dan tidak boleh daripada penama yang dilantik..

HURAIAN MANFAAT

ASAS PERLINDUNGAN

JUMLAH POKOK YANG DIINSURANSKAN

(a) KEMATIAN

Pembayaran adalah mengikut jumlah Pokok yang Diinsuranskan sekiranya berlakunya kemalangan dalam tempoh masa dua belas bulan selepas dari tarikh kemalangan.

(b) HILANG UPAYA KEKAL

Pembayaran peratusan mengikut jumlah pokok yang diinsuranskan seperti yang diperuntukkan di dalam Jadual Pampasan Hilang Upaya Kekal.

JADUAL PAMPASAN HILANG UPAYA KEKAL :					
HILANG UPAYA KEKAL (berlaku dalam tempoh masa dua belas bulan selepas kemalangan)		% Jumlah Pokok Diinsuranskan	HILANG UPAYA KEKAL (berlaku dalam tempoh masa dua belas bulan selepas kemalangan)		% Jumlah Pokok Diinsuranskan
Hilang dua anggota badan		100%	Hilang jari manis	Tiga Falanks	6%
Hilang dua tangan atau semua jari dan kedua-dua ibu jari		100%		Dua Falanks	5%
Hilang daya penglihatan pada kedua- dua mata		100%		Satu Falanks	3%
Lumpuh sepenuhnya		100%	Hilang jari kelingking	Tiga Falanks	5%
Kecederaan yang mengakibatkan terlantar di atas katil		100%		Dua Falanks	4%
Kecederaan lain yang menyebabkan hilang upaya kekal		100%		Satu falanks	3%
Kecederaan lain yang menyebabkan hilang upaya kekal		100%	Hilang metakarpus	Pertama atau kedua (setiap satu)	4%
Kecederaan lain yang menyebabkan hilang upaya kekal		100%		Ketiga, keempat atau kelima (setiap satu)	3%
Hilang tangan dari bahu		100%	Hilang jari kaki	Semua jari kaki	20%
Hilang tangan antara bahu dan siku		100%		Dua falanks ibu jari kaki	8%
Hilang tangan dari siku		100%		Satu falanks ibu jari kaki	3%
Hilang tangan antara siku dan pergelangan tangan		100%		Selari dari ibu jari kaki, jika lebih dari satu jari kaki, setiap satu jari	2%
Kehilangan lengan di pergelangan tangan		100%			
Hilang kaki	Dari pinggul	100%	Kehilangan kekal daya pertuturan dan pendengaran pada kedua-dua telinga		100%
	Antara lutut dan pinggul	100%	Hilang daya pendengaran	Kedua-dua telinga	75%
	Bawah lutut	100%		Satu telinga	25%
Mata: hilang	Seluruh mata	100%	Hilang daya pertuturan		50%
	Semua penglihatan di satu mata	100%	Tangan yang dipendekkan	Lebih dari "1" sehingga "2"	2.5%
	Semua penglihatan di satu mata kecuali peka cahaya	50%		Lebih dari "2" sehingga "4"	5%
				Lebih dari "4"	12.5%
	Kanta satu mata	50%	Kaki yang dipendekkan	Lebih dari "1" sehingga "2"	5%
		Lebih dari "2" sehingga "4"		10%	
Hilang empat jari		40%		Lebih dari "4"	25%
Hilang ibu jari	Kedua-dua falanks	30%	Hilang upaya kekak alat kelamin	Lemah tenaga batin (lelaki sehingga umur 60 tahun sahaja)	10%
	Satu falanks	15%			
Hilang jari telunjuk	Tiga falanks	15%		Ketidaksuburan (perempuan sehingga 50tahun sahaja)	10%
	Dua falanks	10%			
	Satu falanks	5%			
Hilang jari hantu	Tiga falanks	8%			
	Dua falanks	5%			
	Satu falanks	3%			

Sekiranya kecederaan tidak dinyatakan, Syarikat berhak menggunakan peraturan dari hilang upaya yang pada pendapatnya tidak bercanggah dengan peruntukan di dalam jadual di atas. Hilang upaya kekal untuk penggunaan anggota dianggap sebagai kehilangan anggota. Hilang daya pertuturan bermaksud hilang upaya kekal untuk bercakap. Jumlah peratus pampasan yang akan dibayar bagi setiap kemalangan tidak akan melebihi 100%. Sekiranya pampasan telah mencecah 100% dalam tempoh polisi, polisi akan ditamatkan serta-merta. Sekiranya pampasan yang telah dibayar kurang dari 100%, jumlah perlindungan dari tarikh kemalangan sehingga tamat tempoh polisi akan dikurangkan sebanyak jumlah pampasan yang telah dibayar.