



**MSIG Insurance (Malaysia) Bhd**

Registration No. 197901002705 (46983-W)

Head Office: Customer Service Centre, Level 15, Menara Hap Seng 2,

Plaza Hap Seng, No. 1, Jalan P. Ramlee, 50250 Kuala Lumpur

Tel +603 2050 8228, Fax +603 2026 8086, Customer Service Hotline 1 800 88 MSIG (6744)

[www.msig.com.my](http://www.msig.com.my)

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

**HEALTHCARE INTERNATIONAL INSURANCE PROPOSAL FORM**  
**BORANG CADANGAN INSURANS PENJAGAAN KESIHATAN ANTARABANGSA**

Broker/Agent Broker/Ejen	Account Code Kod Akaun	For Office Use Only Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja	Date / Tarikh Policy No. / No. Polisi
-----------------------------	---------------------------	--	--

Please type or use BLOCK LETTERS to answer the following questions. It is important that a complete answer be given to every question. This proposal form must be completed by you accurately. If you delegate this task to the intermediary to complete, it will not absolve you of the responsibility for the information disclosed or provided in this form.

**IMPORTANT NOTICE**

You must take reasonable care not to misrepresent when answering questions in the proposal form or in any request made by MSIG Insurance (Malaysia) Bhd ("Company") and check the information you have provided is complete and accurate. You should also disclose all relevant information which may influence the Company in the acceptance of this insurance, decide the terms and the premium you will pay. If you do not take reasonable care and the information provided by you is incomplete or inaccurate, this may affect your claim. Your responsibility to provide complete and accurate information when requested by the Company shall continue until the time of you entering into, making changes to or renewing your insurance.

Sila gunakan HURUF BESAR bagi menjawab setiap soalan berikut. Jawapan yang lengkap hendaklah diberikan kepada setiap soalan. Borang cadangan ini hendaklah dilengkapkan dengan tepat. Sekiranya borang ini dilengkapkan oleh perantara bagi pihak anda, anda masih bertanggungjawab ke atas segala maklumat yang diberikan di dalam borang ini.

**NOTIS PENTING**

Anda mesti mengambil penjiagaan munasabah untuk tidak salah nyata semasa menjawab soalan di dalam borang cadangan atau di dalam apa-apa permintaan yang dibuat oleh MSIG Insurance (Malaysia) Bhd ("Syarikat") dan memeriksa maklumat yang anda berikan adalah lengkap dan tepat. Anda juga perlu mendedahkan semua maklumat yang relevan yang boleh mempengaruhi Syarikat bagi penerimaan insurans ini, memutuskan terma serta premium yang anda akan bayar. Jika anda tidak mengambil penjiagaan munasabah dan maklumat yang diberikan oleh anda adalah tidak lengkap atau tidak tepat, ini boleh menjejaskan tuntutan anda. Tanggungjawab anda untuk menyediakan maklumat lengkap dan tepat apabila diminta oleh Syarikat hendaklah berterusan hingga ke masa insurans itu dibuat oleh anda, membuat perubahan kepada atau memperbaharui insurans anda.

**CHOICE OF PLAN AND ANNUAL PREMIUM (PLEASE TICK ✓) / PELAN PILIHAN DAN PREMIUM TAHUNAN (SILA TANDA ✓)**

<b>INSURED PERSON ORANG YANG DIINSURANSKAN</b>	Proposer / Pencadang	Spouse / Pasangan	First Child / Anak Pertama	Second Child / Anak Kedua	Third Child / Anak Ketiga
Plan / Pelan	<input type="checkbox"/> Essential/Esensial <input type="checkbox"/> Executive/Eksekutif <input type="checkbox"/> Premier/Premier <input type="checkbox"/> Golden Premier/ Premier Emas	<input type="checkbox"/> Essential/Esensial <input type="checkbox"/> Executive/Eksekutif <input type="checkbox"/> Premier/Premier <input type="checkbox"/> Golden Premier/ Premier Emas	<input type="checkbox"/> Essential/Esensial <input type="checkbox"/> Executive/Eksekutif <input type="checkbox"/> Premier/Premier <input type="checkbox"/> Golden Premier/ Premier Emas	<input type="checkbox"/> Essential/Esensial <input type="checkbox"/> Executive/Eksekutif <input type="checkbox"/> Premier/Premier <input type="checkbox"/> Golden Premier/ Premier Emas	<input type="checkbox"/> Essential/Esensial <input type="checkbox"/> Executive/Eksekutif <input type="checkbox"/> Premier/Premier <input type="checkbox"/> Golden Premier/ Premier Emas
<b>OPTIONAL BENEFITS / MANFAAT OPSYENAL</b>					
DEDUCTIBLE / DEDUKTIBEL	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya
REIMBURSEMENT / PAMPASAN	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya
Increased International Cover / Perlindungan Antarabangsa Tambahan [For Premier Plan Only / Untuk Pelan Premier Sahaja]	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya
Maternity / Bersalin [For Premier or Golden Premier Plan Only / Untuk Pelan Premier atau Premier Emas Sahaja]	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	N/A	N/A	N/A
Outpatient Services / Perkhidmatan Pesakit Luar [For Golden Premier Plan Only / Untuk Pelan Premier Emas Sahaja]	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya	<input type="checkbox"/> Yes/Ya
Annual Premium (RM) / Premium Tahunan (RM)					
Subtotal (RM) / Jumlah Kecil (RM)					
Stamp Duty (RM) / Duti Setem (RM)					
Total Premium Payable (RM) / Jumlah Bayaran Premium (RM)					

**PARTICULARS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG**

Name (Underline Surname) / Nama (Gariskan Nama Keluarga)

Male / Lelaki       Female / Perempuan       Married / Berkahwin       Single / Bujang       Others / Lain-lain

I.C. No. (New) / Passport No. / No. K.P. (Baharu) / No. Pasport      Date of Birth / Tarikh Lahir      Height / Tinggi (cm)      Weight / Berat (kg)

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|      |\_|\_|\_|\_|      |\_|\_|\_|\_|

Usual Country of Residence / Negara Bermastautin      Home Country / Negara Asal

Occupation (Exact Duties) / Pekerjaan (Tugas Sebenar)

Address / Alamat

Postcode / Poskod

Tel. No. / No. Tel. Home / Rumah      Office / Pejabat      Mobile / Telefon Bimbit

Fax No. / No. Faks      E-mail / E-mel

Period of Cover / Tempoh Perlindungan

From / Dari    |\_|\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|    To / Hingga    |\_|\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

**PARTICULARS OF SPOUSE AND CHILDREN / BUTIR-BUTIR PASANGAN DAN ANAK-ANAK**

1. Name of Spouse (Underline Surname) / Nama Pasangan Hidup (Gariskan Nama Keluarga)       Male / Lelaki  
 Female / Perempuan

I.C. No. (New) / Passport No. / No. K.P. (Baharu) / No. Pasport      Date of Birth / Tarikh Lahir      Height / Tinggi (cm)      Weight / Berat (kg)

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|      |\_|\_|\_|\_|      |\_|\_|\_|\_|

Usual Country of Residence / Negara Bermastautin      Home Country / Negara Asal

Occupation (Exact Duties) / Pekerjaan (Tugas Sebenar)

2. Name of First Child (Underline Surname) / Nama Anak Pertama (Gariskan Nama Keluarga)       Male / Lelaki  
 Female / Perempuan

I.C. No. (New) / Passport No. / No. K.P. (Baharu) / No. Pasport      Date of Birth / Tarikh Lahir      Height / Tinggi (cm)      Weight / Berat (kg)

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|      |\_|\_|\_|\_|      |\_|\_|\_|\_|

Usual Country of Residence / Negara Bermastautin      Home Country / Negara Asal

Occupation (Exact Duties) / Pekerjaan (Tugas Sebenar)

3. Name of Second Child (Underline Surname) / Nama Anak Kedua (Gariskan Nama Keluarga)       Male / Lelaki  
 Female / Perempuan

I.C. No. (New) / Passport No. / No. K.P. (Baharu) / No. Pasport      Date of Birth / Tarikh Lahir      Height / Tinggi (cm)      Weight / Berat (kg)

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|      |\_|\_|\_|\_|      |\_|\_|\_|\_|

Usual Country of Residence / Negara Bermastautin      Home Country / Negara Asal

Occupation (Exact Duties) / Pekerjaan (Tugas Sebenar)

4. Name of Third Child (Underline Surname) / Nama Anak Ketiga (Gariskan Nama Keluarga)       Male / Lelaki  
 Female / Perempuan

I.C. No. (New) / Passport No. / No. K.P. (Baharu) / No. Pasport      Date of Birth / Tarikh Lahir      Height / Tinggi (cm)      Weight / Berat (kg)

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|      |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|      |\_|\_|\_|\_|      |\_|\_|\_|\_|

Usual Country of Residence / Negara Bermastautin      Home Country / Negara Asal

Occupation (Exact Duties) / Pekerjaan (Tugas Sebenar)

**Please use a separate piece of paper if you wish to insure more than three children.  
 Sila gunakan kertas berasingan jika ingin menginsuranskan lebih daripada tiga anak.**



	Proposer Pencadang		Spouse Pasangan		First Child Anak Pertama		Second Child Anak Kedua		Third Child Anak Ketiga	
	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak	Yes Ya	No Tidak
(g) Unexplained night-sweats and/or loss of weight, Persistent Fever, Chronic or Recurrent Diarrhoea, unexplained Infections or Swollen Glands? / <i>Peluh malam dan/atau hilang berat badan, Demam Berterusan, Cirit-birit Kronik atau berulang, Infeksi atau Bengkak Kelenjar?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Arthritis, Sciatica, Rheumatism, Back, Spine, Muscle or Skin Disorder? / <i>Penyakit Arthritis, Siatika, Reumatik, Tulang Belakang, Otot atau Kulit?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Sexually transmitted diseases such as Syphilis, Gonorrhoea or non-specific urethritis, AIDS or AIDS related conditions? / <i>Penyakit-penyakit berjangkit melalui hubungan seks seperti Penyakit Kelamin, Gonorea atau Urethritis yang tidak khusus, AIDS atau penyakit berkaitan AIDS?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) Any other diseases or ailments not mentioned above? / <i>Lain-lain penyakit yang tidak disebut diatas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Are you or any person to be insured currently receiving medical treatment and/or suffering from physical impairment, congenital abnormality or poor health? / <i>Adakah anda atau sesiapa yang bakal diinsuranskan sedang menerima rawatan perubatan dan/atau menghadapi masalah kecacatan, kehilangan upaya, keabnormalan kongenital atau masalah kesihatan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are you or any person to be insured engaged in any hazardous sports? / <i>Adakah anda atau sesiapa yang bakal diinsuranskan terlibat dalam sebarang sukan berbahaya?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Have you or any person to be insured currently insured under any other Medical or Health Insurance? / <i>Pernahkah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan mempunyai Insurans Perubatan atau Kesihatan yang lain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Has any application for life, injury or illness insurance made by or in respect of any insured person been declined or had special terms imposed, or has any insurer refused to renew any insurance? / <i>Pernahkah sebarang cadangan untuk insurans hayat, kecederaan atau penyakit yang dibuat oleh atau bagi mana-mana orang yang diinsuranskan ditolak atau dikenakan sebarang syarat khas atau pernahkah mana-mana syarikat insurans enggan memperbaharui sebarang insurans?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If any of the answers to questions 3 to 7 above is "YES" ("NO" for question 4), please give details below. If space is insufficient, please use a separate piece of paper. / *Jika mana-mana jawapan dari soalan 3 hingga 7 di atas adalah "YA" ("TIDAK" bagi soalan 4), sila berikan butiran di bawah. Jika ruang tidak mencukupi, sila gunakan kertas berasingan.*

Question No. / No. Soalan	
Name of Insured / Nama Orang yang Diinsuranskan	
Type and Date of Illness / Jenis dan Tarikh Penyakit	
Current Status of Disability / Keadaan Hilang Upaya	
Name and Address of Hospital and Physician / Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan	
Question No. / No. Soalan	
Name of Insured / Nama Orang yang Diinsuranskan	
Type and Date of Illness / Jenis dan Tarikh Penyakit	
Current Status of Disability / Keadaan Hilang Upaya	
Name and Address of Hospital and Physician / Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan	

Question No. / No. Soalan	
Name of Insured / Nama Orang yang Diinsuranskan	
Type and Date of Illness / Jenis dan Tarikh Penyakit	
Current Status of Disability / Keadaan Hilang Upaya	
Name and Address of Hospital and Physician / Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan	
Question No. / No. Soalan	
Name of Insured / Nama Orang yang Diinsuranskan	
Type and Date of Illness / Jenis dan Tarikh Penyakit	
Current Status of Disability / Keadaan Hilang Upaya	
Name and Address of Hospital and Physician / Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan	
<p>If any of the answers to questions 8 to 10 above is "YES", please give details below. If space is insufficient, please use a separate piece of paper. / Jika mana-mana jawapan dari soalan 8 hingga 10 di atas adalah "YA", sila berikan butiran di bawah. Jika ruang tidak mencukupi, sila gunakan kertas berasingan.</p>	
Question No. / No. Soalan	
Please give details / Sila berikan butiran	
Question No. / No. Soalan	
Please give details / Sila berikan butiran	
Question No. / No. Soalan	
Please give details / Sila berikan butiran	

## DECLARATION BY PROPOSER / PENGAKUAN OLEH PENCADANG

I/We have read and fully understand the product benefits, key terms and conditions, exclusions, premium, fees and charges that I/we have to pay.

I/We to the best of my/our knowledge hereby confirm that the statements contained in this proposal form are true and correct and I/we have not concealed, misrepresented or misstated any material fact.

I/We agree to accept insurance subject to the terms and conditions of the Company's policy and that the insurance will not be in force until the proposal has been accepted by the Company, except to the extent of any official cover note which may be issued.

I/We hereby declare that any of my/our personal information collected or held by the Company is provided with my/our consent for it to be used, processed and disclosed to individuals or organisations related or associated with MS&AD Insurance Group (in and outside of Malaysia) including inter-departments within the Company or any selected third party service providers such as insurance or reinsurance companies, broking firms, loss adjusting companies, claims or forensic investigations companies, law firms, credit reference companies, any service provider appointed by governing authority/association/federation of insurance companies, association or federation of insurance companies or any corporate entities or governmental and judicial bodies or regulators to whom the Company is obliged to disclose under the requirement of any law relating to the Company or any of its affiliates or partners.

I/We further declare and confirm that I/we have obtained the consent of the person(s) named herein and that he/she/they has/have authorised me/us to disclose his/her/their personal information on his/her/their behalf.

I/We understand that I am/we are entitled to obtain access to and to request correction of my/our personal information held by the Company. I/We also understand that I am/we are entitled to inform the Company to cease processing my/our personal information concerning me/us for the purpose of future cross marketing exercises and that such request can be made to the Company.

Please tick (✓) if you want to receive information about future product launches/promotions as well as those of selected third parties.

Yes, please send me information about future product launches/promotions by:

Telephone     E-mail     Post     SMS

No, please don't send me any information about future product launches/promotions.

*Saya/Kami telah membaca dan memahami sepenuhnya manfaat produk, terma dan syarat utama, pengecualian, premium, yuran dan caj yang harus saya/kami bayar.*

*Saya/Kami sepanjang pengetahuan saya/kami mengesahkan bahawa segala kenyataan yang terkandung di dalam borang cadangan ini adalah benar dan betul serta saya/kami tidak menyembunyikan, memutarbelitkan atau menyalahnyatakan sebarang fakta material.*

*Saya/Kami bersetuju menerima perlindungan insurans ini bergantung kepada syarat-syarat dan peraturan polisi Syarikat dan perlindungan insurans ini tidak akan dikuatkuasakan sehingga diluluskan oleh pihak Syarikat, kecuali sehingga notis perlindungan rasmi diisukan.*

*Saya/Kami dengan ini mengaku bahawa mana-mana maklumat peribadi saya/kami yang dikumpul atau dipegang oleh Syarikat diperuntukkan dengan keizinan saya/kami untuk ia digunakan, diproses dan didedahkan kepada individu atau organisasi yang berkaitan atau dikaitkan dengan MS&AD Insurance Group (di dalam dan di luar Malaysia) termasuk antara jabatan dalam Syarikat atau mana-mana penyedia perkhidmatan pihak ketiga yang dipilih termasuk insurans atau syarikat yang diinsuranskan semula, firma broker, syarikat pelaras kerugian, tuntutan atau syarikat penyasatan forensik, firma guaman, syarikat-syarikat rujukan kredit, mana-mana penyedia perkhidmatan yang dilantik oleh pihak berkuasa/persatuan atau syarikat insurans bersekutu, persatuan/persatuan syarikat insurans bersekutu atau mana-mana entiti korporat atau badan-badan kerajaan dan kehakiman atau pengawal selia dengan siapa Syarikat dimestikan untuk mendedahkan di bawah keperluan mana-mana undang-undang berkaitan dengan Syarikat atau mana-mana sekutu atau rakan kongsi.*

*Saya/Kami mengaku dan mengesahkan bahawa saya/kami telah memperolehi persetujuan pihak yang dinamakan di sini dan yang beliau/mereka telah membenarkan saya/kami mendedahkan maklumat peribadi beliau/mereka bagi pihak beliau/mereka.*

*Saya/Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses kepada dan meminta pembetulan maklumat peribadi saya/kami seperti yang dipegang oleh Syarikat. Saya/Kami juga faham bahawa saya/kami berhak memberitahu Syarikat untuk menghentikan pemrosesan mana-mana maklumat peribadi berkenaan saya/kami untuk tujuan latihan pemasaran di masa hadapan dan permintaan sedemikian boleh dibuat kepada Syarikat.*

*Sila tandakan (✓) sekiranya anda ingin menerima maklumat mengenai pelancaran/promosi produk pada masa hadapan dan mengenai pihak ketiga yang telah dilantik.*

Ya, sila hantar kepada saya maklumat mengenai pelancaran/promosi produk pada masa akan datang.

Telefon     E-mel     Pos     SMS

Tidak, sila jangan hantar kepada saya maklumat mengenai pelancaran/promosi produk pada masa akan datang.

Signature of Proposer / Tandatangani Pencadang    Date / Tarikh

I.C. (New) checked by / K.P. (Baharu) disahkan oleh

**Privacy Notice:** Kindly read our Privacy Notice at [www.msig.com.my](http://www.msig.com.my) for details.

**Notis Privasi:** Sila baca Notis Privasi kami di [www.msig.com.my](http://www.msig.com.my) untuk maklumat lanjut.

## CHECKLIST / SENARAI SEMAKAN

The insurer/intermediary has explained to me the following important features as contained in the policy document of the HSI policy being purchased:

1. Benefits payable under the policy.
2. Significant medical or technical exclusions or restrictions applicable.
3. Limits of benefits (e.g. % of costs by the policy, co-payment, ceiling to total claim costs, deductible amounts, etc.).
4. Amount of premiums payable and the payable term.

*Penginsurans/wakil telah menerangkan kepada saya ciri-ciri berikut seperti yang terkandung dalam dokumen polisi HSI yang dibeli:*

1. *Faedah-faedah yang dibayar di bawah polisi.*
2. *Pengecualian perubatan atau teknikal yang ketara atau sekatan yang ada.*
3. *Had faedah (contohnya: % kos yang dilindungi oleh polisi, pembayaran bersama, had siling jumlah tuntutan kos, jumlah yang boleh ditolak, dan sebagainya).*
4. *Jumlah premium yang perlu dibayar dan syarat pembayaran.*



**DECLARATION BY INTERMEDIARY ON CUSTOMER DUE DILIGENCE / PENGAKUAN OLEH PERANTARA DI ATAS USAHA WAJAR PELANGGAN**

In compliance with Anti-Money Laundering, Anti-Terrorism Financing and Proceeds of Unlawful Activities Act 2001:

Selaras dengan Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil daripada Aktiviti Haram 2001:

1. I hereby certify that the Proposer's original I.C. / Passport / Business Registration Certificate\* was verified and authenticated by me at the point of sale. / Saya dengan ini mengesahkan bahawa K.P. asli / Pasport / Sijil Pendaftaran Perniagaan Pencadang\* telah disemak dan disahkan oleh saya pada masa jualan.
2. I attach hereto photocopy of the original I.C. / Passport / Business Registration Certificate\* where the single or group policy premiums exceed RM50,000 or RM100,000 per annum respectively. / Saya sertakan bersama salinan K.P. asli / Pasport / Sijil Pendaftaran Perniagaan\* di mana premium polisi individu atau kumpulan yang melebihi RM50,000 atau RM100,000 setahun.

\*Please delete where applicable. / Sila potong mana yang berkenaan.

Name / Nama

I.C. No. (New) / No. K.P. (Baharu)

Signature / Tandatangan

Date / Tarikh

**Note:**

In the event of a conflict between English and the translated versions of this Proposal Form and Declaration, the English version shall prevail.

**Catatan:**

Jika terdapat sebarang konflik, di antara versi Bahasa Inggeris dengan terjemahannya, Borang Cadangan dan Pengakuan Pencadang versi Bahasa Inggeris adalah sah di sisi undang-undang.