



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

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

GLUCO SAFEGUARD INSURANCE PROPOSAL FORM
BORANG CADANGAN INSURANS GLUCO SAFEGUARD

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 this 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 penjagaan munasabah untuk tidak salah nyata semasa menjawab soalan di dalam borang cadangan ini 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 penjagaan 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 ✓)			
INSURED PERSON ORANG YANG DIINSURANSKAN	PLAN / PELAN	ANNUAL PREMIUM (RM) PREMIUM TAHUNAN (RM)	
		BASIC / ASAS	
PROPOSER / PENCADANG	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		
Total Annual Premium / Jumlah Premium Tahunan			
Add Stamp Duty (per policy) / Tambah Duti Setem (setiap polisi)			10.00
Total Premium Payable (inclusive of Stamp Duty) Jumlah Bayaran Premium (termasuk Duti Setem)			
PARTICULARS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG			
Name (Underline Surname) / Nama (Gariskan Nama Keluarga)			
<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan <input type="checkbox"/> Married / Berkahwin <input type="checkbox"/> Single / Bujang <input type="checkbox"/> 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)
	DD / MM / YYYY		
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 DD / MM / YYYY		To / Hingga DD / MM / YYYY	

GENERAL QUESTIONS /SOALAN-SOALAN AM

1. Do you expect to spend more than 3 months out of your Usual Country of Residence during the policy period? / Adakah anda dijangka menghabiskan masa lebih daripada 3 bulan di luar Negara Bermastautin Biasa anda dalam tempoh polisi?
 Yes / Ya No / Tidak

2. Are you in good health? / Adakah anda sihat?
 Yes / Ya No / Tidak

3. Have you consulted a medical practitioner or specialist or has been hospitalised or undergone any surgical operation or observation or treatment not of a routine nature? / Pernahkah anda berjumpa dengan doktor atau dirujuk kepada hospital atau pakar atau menjalani sebarang pembedahan atau pemerhatian atau rawatan yang bukan rutin?
 Yes / Ya No / Tidak

4. Have you ever suffered or is suffering from the following: / Pernahkan anda menghidapi atau adalah penghidap penyakit berikut:
 - a) Diabetes Mellitus (Kencing Manis)
 - What type of diabetes do you have? / Apakah jenis diabetes yang anda hidapi?
 Type 1 Diabetes /Diabetes Jenis Pertama Type 2 Diabetes /Diabetes Jenis Kedua Others: /Jenis Lain: _____
 - When were you first diagnosed with Diabetes Mellitus? / Bilakah anda mula-mula didiagnosis Diabetes Mellitus? D | D | / | M | M | / | Y | Y |
 - Please provide full details of your present treatment: / Sila kemukakan butiran lengkap mengenai rawatan semasa anda:
 - Diet & Exercise /Diet & Senaman _____
 - Oral medication (type & dosage) /Perubatan oral (jenis & dos) _____
 - Insulin (type and number of units per day) /Insulin (jenis dan bilangan unit sehari) _____
 - b) Diseases of the circulatory system (e.g. Heart Trouble, Chest Pain, Rheumatic Fever, High Blood Pressure, Stroke, Diseases of the Arteries and Veins) /Penyakit sistem peredaran (contohnya Masalah Jantung, Sakit Dada, Demam Reumatik, Tekanan Darah Tinggi, Strok, Penyakit Arteri dan Vena)
 Yes / Ya No / Tidak
 - c) Diseases of the Genito-Urinary System (e.g. Kidney Failure, Infection Kidneys, Urinary or Genital Organs, Renal Stones) /Penyakit Sistem Genito-Urinari (contohnya Kegagalan Buah Pinggang, Jangkitan Buah Pinggang, Organ Urinari atau Genital, Batu Renal)
 Yes / Ya No / Tidak
 - d) Diseases of the Nervous System or Mental Disorder (e.g. Numbness or tingling in the feet or legs, Epilepsy, Fits or Fainting Attacks, Frequent Headaches, Nervous Breakdown, Depression or other Mental or Psychiatric Disorder) /Penyakit Sistem Saraf atau Gangguan Mental (contohnya Kekebasan atau sesemut pada tapak atau kaki, Epilepsi, Serangan Sawan dan Pitam, Sakit Kepala yang kerap, Gangguan Saraf, Kemurungan atau lain-lain Gangguan Mental atau Psikiatri)
 Yes / Ya No / Tidak
 - e) Complication of Diabetes Mellitus (e.g. Diabetes Ketoacidosis, Diabetes Retinopathy, Diabetic Hyperglycemic Hyperosmolar Syndrome) /Komplikasi Diabetes Melitus (contohnya Diabetes Ketoasidosis, Diabetes Retinopati, Sindrom Diabetik Hiperglisemia Hiperosmolar)
 Yes / Ya No / Tidak
 - f) Cancer or Tumour of any kind, or any diseases of the Blood, Glands, Spleen, Ears, Eyes or Skin /Apa-apa jenis Kanser atau Tumor, atau apa-apa penyakit Darah, Kelenjar, Limpa, Telinga, Mata atau Kulit
 Yes / Ya No / Tidak
 - g) Any other diseases or ailments not mentioned above? / Apa-apa penyakit lain yang tidak disebut di atas?
 Yes / Ya No / Tidak

5. Test result taken within the past 3 months (please attach the blood test report) /Keputusan ujian yang dijalankan dalam tempoh 3 bulan yang lepas (sila sertakan laporan ujian darah)
 - i) Haemoglobin A1c (HbA1c) /Hemoglobin A1c (HbA1c) _____ Date of reading: /Tarikh bacaan: D | D | / | M | M | / | Y | Y |
 - ii) Kidney Function Test – eGFR /Ujian Fungsi Buah Pinggang – eGFR _____ Date of reading: /Tarikh bacaan: D | D | / | M | M | / | Y | Y |
 - iii) Lipid Profile - Total Cholesterol/HDL /Profil Lipid – Jumlah Kolesterol/HDL _____ Date of reading: /Tarikh bacaan: D | D | / | M | M | / | Y | Y |
 - iv) Urine Test - Microalbumin /Ujian Urin – Mikroalbumin _____ Date of reading: /Tarikh bacaan: D | D | / | M | M | / | Y | Y |

6. Please provide details of your treating doctor for diabetes /Sila kemukakan butiran doktor yang merawat diabetes anda:
 Name /Nama: _____
 Address /Alamat: _____
 _____ Tel. No. /No. Tel. _____

7. Do you currently smoke? / Adakah anda menghisap rokok sekarang?
 Yes / Ya No / Tidak If Yes, how many cigarettes per day? / Jika ya, berapakah batang rokok sehari? _____

8. Are you currently receiving medical treatment and/or suffering from physical impairment, congenital abnormality or poor health? Adakah anda sedang menerima rawatan perubatan dan/atau menghidapi masalah kecacatan, kehilangan upaya, keabnormalan kongenital atau masalah kesihatan?
 Yes / Ya No / Tidak

9. Are you currently insured under any other Medical or Health Insurance? / Adakah anda mempunyai Insurans Perubatan atau Kesihatan yang lain?
 Yes / Ya No / Tidak

10. Has any of your application for life, injury or illness insurance been declined or had special terms imposed, or has any insurer refused to renew any insurance? /Pernahkah sebarang cadangan anda untuk insurans hayat, kecederaan atau penyakit ditolak atau dikenakan sebarang syarat khas atau pernahkah mana-mana syarikat insurans enggan memperbaharui sebarang insurans?
 Yes / Ya No / Tidak

If any of the answers to questions 2 to 7 above is "YES" ("NO" for question 2), please give details below. If space is insufficient, please use a separate piece of paper. / Jika mana-mana jawapan dari soalan 2 hingga 7 di atas adalah "YA" ("TIDAK" bagi soalan 2), sila berikan butiran di bawah. Jika ruang tidak mencukupi, sila gunakan kertas berasingan.

Question No. / No. Soalan

Type and Date of Illness / Jenis dan Tarikh Penyakit

Type and Date of Treatment / Jenis dan Tarikh Rawatan

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

Type and Date of Illness / Jenis dan Tarikh Penyakit

Type and Date of Treatment / Jenis dan Tarikh Rawatan

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

Type and Date of Illness / Jenis dan Tarikh Penyakit

Type and Date of Treatment / Jenis dan Tarikh Rawatan

Current Status of Disability / Keadaan Hilang Upaya

Name and Address of Hospital and Physician /
Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan

If any of the answers to questions 1, 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 1, 8 hingga 10 di atas adalah "YA", sila berikan butiran di bawah. Jika ruang tidak mencukupi, sila gunakan kertas berasingan.

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

Note: We may require the Proposer to provide medical report and the expenses incurred will be borne by the Proposer.
Nota: Kami mungkin memerlukan Pencadang untuk mengemukakan laporan perubatan dan perbelanjaannya akan ditanggung oleh Pencadang.

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 penyiasatan 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 / *Tandatangan Pencadang* Date / *Tarikh*

Name of Proposer / *Nama Pencadang*

Privacy Notice: Kindly read our Privacy Notice at www.msig.com.my for details.

Notis Privasi: Sila baca Notis Privasi kami di 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.
5. Nature and extent of the insurer's right to review and revise the premiums payable, and the notice to be given by the insurer in the event of any revision.
6. Pre-existing conditions, specified illnesses and qualifying period and the relevant periods applicable.
7. For yearly renewable policies, whether policy renewal is guaranteed.
8. Conditions that would lead the following scenarios on policy renewals:
 - A policy is renewed with an increased premium; or
 - A policy is not renewed.
9. Likely implications of switching policy from one insurer to another or transferring from one type of HSI plan to another.
10. A "cooling-off period" of 15 days will be given to me to review the suitability of the newly purchased HSI product. If I return the policy to the insurer during this period, the full premiums would be refunded to me minus the expenses incurred for the medical examination.
11. The right of an insurer to repudiate liability in the event that a prospective policy owner failed to disclose relevant information that would affect the decision of the insurer to accept or reject the risk, and on the premiums and terms to be applied to the policy owner.
12. I acknowledge that all terms have been fully explained to me and I am aware that the details of the important features of the policy are available in the policy documents.

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.*
5. *Tatacara dan batas bagi hak penginsurans untuk mengkaji dan mengubah premium yang perlu dibayar, dan notis yang perlu diberikan oleh penginsurans sekiranya terdapat perubahan.*
6. *Keadaan sedia ada, penyakit-penyakit yang tertentu dan tempoh layak serta tempoh relevan yang ada.*
7. *Sama ada pembaharuan dijamin, bagi polisi yang diperbaharui setiap tahun.*
8. *Keadaan yang boleh menyebabkan senario berikut bagi pembaharuan polisi:
 - polisi diperbaharui dengan premium dinaikkan; atau
 - polisi tidak diperbaharui.*
9. *Kemungkinan implikasi akibat menukar polisi daripada satu penginsurans kepada yang lain atau memindahkan daripada satu jenis plan HSI kepada yang lain.*
10. *"Tempoh bertenang" selama 15 hari diberikan kepada saya untuk mengkaji kesesuaian produk HSI yang baru dibeli. Sekiranya saya memulangkan semula polisi kepada penginsurans semasa tempoh ini, premium yang telah dibayar akan dipulangkan kepada saya sepenuhnya ditolak perbelanjaan yang telah dikeluarkan semasa pemeriksaan perubatan.*
11. *Hak penginsurans untuk menolak liabiliti sekiranya bakal pemegang polisi gagal mendedahkan maklumat yang boleh menjejaskan keputusan penginsurans, serta premium dan terma yang dikenakan kepada pemegang polisi.*
12. *Saya mengesahkan bahawa saya memahami segala maklumat yang didedahkan kepada saya dan sedar bahawa keterangan lanjut mengenai ciri-ciri penting polisi terdapat di dalam dokumen polisi.*

Signature of Proposer / *Tandatangan Pencadang* Date / *Tarikh*

Name of Proposer / *Nama Pencadang*

Important Notice

1. The policyholder is hereby notified that the Company has appointed agents/representatives who have the authority to solicit or negotiate contracts of insurance on behalf of the Company. All authorised agents/ representatives are issued with authorisation cards.
2. Please ensure that you have received proof of payment of premium from the Company or appointed agents/representatives.
3. We undertake to issue your insurance policy within 30 days. In the event that you have not received your policy, please contact the Company office nearest to you.
4. We advise you to read the terms of the policy and seek clarification if you are unsure of certain policy terms or conditions. A specimen policy is available upon request.
5. You are advised to either refer to the Insurance Info booklet on 'Medical & Healthcare Insurance' available at our branches or refer to the insurance information website at www.insuranceinfo.com.my.

Notis Penting

1. *Pencadang adalah dimaklumkan bahawa pihak Syarikat telah melantik ejen/wakil yang diberi kuasa untuk menguruskan atau membuat rundingan berkenaan dengan kontrak insurans bagi pihak Syarikat. Kesemua ejen/wakil yang diberi kuasa mempunyai kad kuasa.*
2. *Sila pastikan bahawa anda telah menerima bukti pembayaran premium daripada Syarikat atau ejen/wakil Syarikat.*
3. *Kami akan mengeluarkan polisi insurans anda dalam masa 30 hari. Sekiranya anda tidak menerima polisi anda dalam jangka masa itu, sila hubungi pejabat Syarikat yang terdekat dengan anda.*
4. *Sila baca terma-terma polisi anda dan meminta penjelasan sekiranya anda tidak memahami terma-terma dan syarat-syarat polisi yang tertentu. Satu contoh polisi boleh didapati di atas permintaan anda.*
5. *Anda dinasihatkan merujuk kepada buku kecil Info Insurans mengenai 'Insurans Perubatan & Kesihatan' yang boleh didapati di cawangan-cawangan kami atau laman web maklumat insurans di www.insuranceinfo.com.my.*

PAYMENT BY CREDIT CARD / BAYARAN DENGAN KAD KREDIT

If paying by credit card / *Jika membayar dengan kad kredit*

Visa or MasterCard only / *Visa atau MasterCard sahaja*

Visa MasterCard

Card No. / *No. Kad*

Expiry / *Tarikh Luput*

|_|_|_|_| - |_|_|_|_| - |_|_|_|_| | *M*|*M*| / |*Y*|*Y*|

Name on Credit Card / *Nama atas Kad Kredit*

Issuing Bank / *Bank Pembekal*

Full Payment / *Bayaran Penuh*

Monthly Instalment Payment Plan (only applicable for SCB, HLB and ALLIANCE) / *Pelan Pembayaran Ansuran Bulanan (hanya boleh digunakan untuk SCB, HLB dan ALLIANCE)*

6 months / *6 bulan*

12 months / *12 bulan*

Signature of Cardholder / *Tandatangan Pemegang Kad*

- The monthly instalment payment plan is only applicable for MSIG Gluco SafeGuard Insurance only / *Pelan pembayaran ansuran bulanan ini hanya boleh digunakan untuk Insurans Gluco SafeGuard MSIG sahaja.*
- Mode of monthly premium billing: Monthly premium shall be annual premium divided by 6 or 12 including stamp duty. Subsequent billing shall be made 30 days before the monthly due date. / *Cara bil premium bulanan: Premium bulanan adalah premium tahunan dibahagi kepada 6 atau 12 termasuk duti setem. Bil berikutnya akan dibuat 30 hari sebelum tarikh matang bulanan.*
- Upon approval of the application, the Bank will debit the Cardmember's Card account with the Monthly Instalment payable on a monthly basis, for the duration stipulated. / *Sebaik sahaja permohonan diluluskan, Bank akan mendebitkan Akaun Kad Pemegang Kad dengan ansuran bulanan yang perlu dibayar pada setiap bulan, bagi tempoh yang ditetapkan.*
- The payment of the instalment shall be made and charged to the respective bank credit card account. The instalment payment details will appear on the credit card monthly statement. / *Pembayaran ansuran akan dicaj ke atas akaun kad kredit bank masing-masing. Butiran pembayaran ansuran tersebut akan tertera di dalam penyata bulanan kad kredit.*
- Any cancellation of policy by the Cardmember shall be subject to MSIG Insurance (Malaysia) Bhd.'s terms and procedures. / *Sebarang pembatalan polisi oleh Pemegang Kad adalah tertakluk kepada terma-terma dan prosedur MSIG Insurance (Malaysia) Bhd.*
- In the event that the credit limit is exceeded when the monthly instalment due is charged, the Cardmember shall take necessary action to regularize the account before the next monthly instalment is due. / *Jika had kredit telah melebihi semasa bayaran ansuran bulanan perlu dicajkan, Pemegang Kad hendaklah menyelaraskan akaun sebelum pembayaran ansuran bulanan berikutnya perlu dibayar.*
- Please note that the above Terms & Conditions are in addition to the respective Bank's Interest Free Instalment Payment Scheme Terms & Conditions. / *Sila ambil perhatian yang Terma-terma & Syarat-syarat di atas merupakan tambahan ke atas Terma-terma & Syarat-syarat Skim Pembayaran Ansuran Bulanan Tanpa Faedah bank masing-masing.*

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

In compliance with the 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:

- 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.*
- 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.