



MSIG Insurance (Malaysia) Bhd. (46983-W)
 Customer Service Centre: Level 22
 Head Office: Levels 21-23 & 27-29, Menara Weld
 No. 76, Jalan Raja Chulan, 50200 Kuala Lumpur, Malaysia
 Tel: (603) 2050 8228 Fax: (603) 2026 8086
 Customer Service Hotline: 1-800-88-MSIG (6744)
 E-mail: myMSIG@my.msig-asia.com Website: www.msig.com.my

HEALTHCARE INTERNATIONAL INSURANCE PROPOSAL FORM
BORANG PERMOHONAN INSURANS PENJAGAAN KESIHATAN ANTARABANGSA

Broker/Agent	Account Code	For Office Use Only	Date / Tarikh
Broker/Agen	Kod Akaun	Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja	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.

Pursuant to Section 149(4) of the Insurance Act (Malaysia) 1996, you are to disclose in this proposal form, fully and faithfully all the facts you know, or ought to know, otherwise the policy issued may be void.

This proposal form must be completed by you accurately. If you delegate this task to the intermediary to complete, it will not absolve you or the responsibility for the information disclosed or provided in this form.

Sila gunakan HURUF BESAR bagi menjawab setiap soalan berikut. Jawapan yang lengkap hendaklah diberikan kepada setiap soalan.

Menurut Seksyen 149(4) Akta Insurans (Malaysia) 1996, anda hendaklah menjelaskan di dalam borang permohonan ini, sepenuhnya dan sejujurnya semua fakta yang anda tahu, atau berkemungkinan tahu, jika tidak polisi ini akan terbatal.

Borang permohonan ini hendaklah dilengkapkan dengan tepat. Sekiranya borang ini dilengkapkan oleh pengantara bagi pihak anda, anda masih bertanggungjawab ke atas segala maklumat yang diberikan di dalam borang ini.

CHOICE OF PLAN (PLEASE TICK ✓) / PILIHAN PELAN (SILA TANDA ✓)

PLAN PELAN	MATERNITY OPTION OPSYEN BERSALIN	INCREASED INTERNATIONAL COVER OPTION OPSYEN PERLINDUNGAN ANTARABANGSA TAMBAHAN	OUTPATIENT SERVICES OPTION OPSYEN PERKHIDMATAN PESAKIT LUAR
Executive / Eksekutif <input type="checkbox"/>	N/A	N/A	N/A
Premier / Premier <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N/A
Golden Premier / Premier Emas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTICULARS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PEMOHON

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

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

I.C. (New) No./Passport No. / No. K.P. (Baru)/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 sebenarnya) Premium (RM)

Address / Alamat

Tel. No. / No. Tel.: Home / Rumah Office / Pejabat Mobile / Telefon Bimbit Postcode / Poskod

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 (Gariskan Nama Keluarga) Male / Lelaki
 Female / Perempuan

I.C. (New) No./Passport No. / No. K.P. (Baru)/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 sebenarnya) Premium (RM)

	Proposer Pemohon		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
(d) Diseases of the Gastrointestinal System (eg. Digestive Disorders, Gastric or duodenal Ulcer, Hepatitis B, Hepatitis C or other disorders of the Liver, disorders of the Gall Bladder) / <i>Penyakit Gastrosus (contoh: Penyakit Pencernaan, Gastrik atau Ulser Duodenum, Hepatitis B, Hepatitis C atau lain-lain Penyakit Hati, Penyakit Pundi Hempedu)?</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"/>
(e) Diseases of the Nervous System or Mental Disorders (eg. Stroke, Epilepsy, Fits of Fainting Attacks, Frequent Headaches, Nervous Breakdown, Depression or other Mental or Psychiatric Disorder) / <i>Penyakit Sistem Saraf atau Penyakit Mental (contoh: Serangan Strok, Epilepsi, Sawan Pengan, Sakit Kepala yang Berulang-ulang, Gangguan Saraf, Kemurungan atau lain-lain Penyakit Mental atau Psikiatri)?</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"/>
(f) Diabetes Mellitus, Cancer of Tumour of any kind, or any diseases of the Blood, Glands, Spleen, ears, eyes or skin / <i>Penyakit Kencing Manis, segala jenis Barah atau ketumbuhan, atau apa-apa jenis Penyakit Darah, Kelenjar, Limpa, telinga, mata 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"/>
(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. Have 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 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 permohonan 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 answer to question 3 to 10 above is "YES" ("NO" for question 4), please give details below. If space is insufficient, please use a separate piece of paper / <i>Jika mana-mana jawapan dari soalan 3 hingga 10 diatas adalah "YA" ("TIDAK" bagi soalan 4), sila berikan butiran di bawah. Jika ruang tidak mencukupi, sila gunakan kertas berasingan.</i>										
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 Perubata	
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 Perubata	
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 Perubata	
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 Perubata	
<p>Note: We may require the Proposer to provide medical report and the expenses incurred will be borne by the Proposer / Nota: Kami mungkin memerlukan Pemohon untuk mengemukakan laporan perubatan dan perbelanjaannya akan ditanggung oleh Pemohon.</p>	

DECLARATION BY PROPOSER / PENGAKUAN OLEH PEMOHON

I/We apply to be enrolled in Healthcare International Insurance and 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 mis-stated any material fact.

I/We understand that this insurance cover excludes treatment or expenses arising from medical conditions, which originated or were known to exist or for which treatment, medication, advice or diagnosis was sought or received prior to my/our enrolment in the Policy unless such conditions are fully disclosed to and accepted by the Company prior to the inception of the Policy.

I/We agree that the statements and declaration contained in this proposal form shall be the basis of the contract of insurance with the Company and are deemed to be incorporated in the contract.

I/We authorise my/our doctor or any other doctor to release any information the Company may require in the event of claim.

I/We further acknowledge that all terms have been fully explained to me/us and the answers provided are the actual information disclosed by me/us to the person filling the form on my/our behalf.

Saya/Kami memohon untuk didaftarkan dalam Insurans Penjagaan Kesihatan Antarabangsa dan dengan ini mengesahkan bahawa kenyataan-kenyataan yang terkandung dalam borang permohonan ini adalah betul dan benar setakat mana yang saya/kami tidak menyembunyikan, menyalahnyatakan atau memutarbelitkan sebarang fakta material.

Saya/Kami faham bahawa perlindungan insurans ini tidak termasuk rawatan atau perbelanjaan untuk masalah perubatan yang diketahui telah wujud atau yang mana rawatan, ubat-ubatan, nasihat atau diagnosis telah diperolehi atau diterima sebelum pendaftaran saya/kami dalam polisi ini melainkan masalah tersebut telah dimaklumkan sepenuhnya kepada dan diterima oleh Syarikat sebelum permulaan Polisi ini.

Saya/Kami bersetuju bahawa kenyataan dan pengakuan di dalam borang permohonan ini hendaklah menjadi asas kepada kontrak insurans dengan Syarikat dan dianggap sebagai terkandung di dalamnya. Saya/Kami membenarkan doktor saya/kami atau mana-mana doktor lain memberikan sebarang maklumat yang diperlukan oleh Syarikat sekiranya berlaku tuntutan.

Saya/Kami seterusnya mengakui bahawa semua terma telah dijelaskan sepenuhnya kepada saya/kami dan bahawa jawapan yang diberikan adalah maklumat sebenar yang saya/kami berikan kepada orang yang mengisi borang bagi pihak saya/kami.

CHECKLIST / SENARAI PERIKSA

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 sebagai)*
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 perubatan.*
6. *Keadaan sedia ada, penyakit/penyakit yang tertentu dan tempoh layak serta tempoh relevan yang ada.*
7. *Bagi polisi yang diperbaharui setiap tahun, adakah pembaharuan dijamin.*
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 dari 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, dan 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 Pemohon*

Date / *Tarikh*

I.C. (New) Checked by / *K.P. (Baru) Disahkan oleh*

