



**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

**LADIES LIFESTYLE PROTECTION PROPOSAL FORM**  
**BORANG PERMOHONAN PERLINDUNGAN GAYA HIDUP WANITA**

|                                    |                                  |   |  |
|------------------------------------|----------------------------------|---|--|
| Broker/Agent<br><i>Broker/Agen</i> | Account Code<br><i>Kod Akaun</i> | For Office Use Only<br><i>Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja</i> | Date / Tarikh<br>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 dilengkapi dengan tepat. Sekiranya borang ini dilengkapi oleh pengantara bagi pihak anda, anda masih bertanggungjawab ke atas segala maklumat yang diberikan di dalam borang ini.

**PLAN TO BE INSURED / PELAN INSURANS YANG DIKEHENDAKI**

Basic Cover / Perlindungan Asas  Plan 1 / Pelan 1  Plan 2 / Pelan 2  
 Optional Cover / Perlindungan Opsyenal

**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)/Paspot \_\_\_\_\_ Date of Birth / Tarikh Lahir \_\_\_\_\_ Height / Tinggi (cm) \_\_\_\_\_ Weight / Berat (kg) \_\_\_\_\_  
 D D / M M / Y Y

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

Occupation (exact duties) / Pekerjaan (tugas sebenar) \_\_\_\_\_ Type of Class / Jenis Kelas  1  2  3

Industry / Industri \_\_\_\_\_

Address / Alamat \_\_\_\_\_

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

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

Period of Cover / Tempoh Perlindungan

From / Dari \_\_\_\_\_ To / Hingga \_\_\_\_\_  
 D D / M M / Y Y D D / M M / Y Y

**PARTICULARS OF INSURED PERSON (IF DIFFERENT FROM PROPOSER)**  
**BUTIR-BUTIR ORANG YANG DIINSURANSKAN (JIKA LAIN DARIPADA PEMOHON)**

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

I.C. (New) No./Passport No. / No. K.P. (Baru)/Paspot \_\_\_\_\_ Date of Birth / Tarikh Lahir \_\_\_\_\_ Height / Tinggi (cm) \_\_\_\_\_ Weight / Berat (kg) \_\_\_\_\_  
 D D / M M / Y Y

Relationship to Proposer / Hubungan kepada Pemohon \_\_\_\_\_

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

Occupation / Pekerjaan \_\_\_\_\_ Type of Class / Jenis Kelas  1  2  3



**GENERAL QUESTIONS / SOALAN-SOALAN AM**

1. Have you or any other applicants ever suffered from stroke, diabetes, anaemia, hepatitis, heart or circulation disorder, kidney disease, tumour or cancerous growth, physical or mental disability or any other disorder?  
*Pernakah anda atau pemohon yang lain menghadapi penyakit strok, diabetes, anemia, hepatitis, sakit jantung atau gangguan peredaran darah, penyakit buah pinggang, ketumbuhan atau kanser yang merebak, kurang upaya fizikal atau mental atau gangguan lain?*  
 Yes / Ya       No / Tidak  
 If YES, please indicate and since when / Jika YA, sila berikan butir-butir lanjut dan sejak bila:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
2. Have any of your or any other applicants' parents, brothers or sisters had or died from stroke, diabetes, multiple sclerosis, cancer, inherited disease, heart disease or kidney disease before the age of 60?  
*Adakah di antara ibu bapa atau adik-beradik anda atau ibu bapa atau adik-beradik pemohon yang lain meninggal akibat daripada strok, diabetes, sklerosis multipel, kanser, penyakit keturunan, penyakit jantung atau penyakit buah pinggang sebelum mencapai umur 60 tahun?*  
 Yes / Ya       No / Tidak  
 If YES, please indicate who, whether still alive and at what age / Jika YA, sila nyatakan siapa, adakah masih hidup dan umur berapa:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
3. Have you or any other applicants smoked any cigarettes during the past 12 months? If yes, how many per day?  
*Pernakah anda atau pemohon yang lain merokok sejak 12 bulan yang lepas? Jika ya, berapa batang sehari?*  
 <10       10 – 20       21 – 30       >30
  
4. Have you or any other applicants been recommended for tests or counselling in connection with sexually transmitted disease, hepatitis or HIV, blood transfusion or advice to abstain from donating blood?  
*Pernakah anda atau pemohon yang lain disyorkan menjalani sebarang ujian atau kaunseling berkenaan dengan penyakit kelamin, hepatitis atau HIV, transfusi darah atau dinasihatkan supaya tidak melakukan pendermaan darah?*  
 Yes / Ya       No / Tidak
  
5. Do you or any person to be insured engage in sports or pastimes normally regarded as dangerous?  
*Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan ini terlibat di dalam kegiatan sukan atau kegiatan masa lapang lain yang secara biasanya dianggap sebagai merbahaya?*  
 Yes / Ya       No / Tidak  
 If YES, please provide details. / Jika YA, nyatakan maklumat berkenaan:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
6. Have you or any person to be insured had any physical defect or infirmity, weakness, or suffered any injuries, illness or diseases in the last 5 years?  
*Pernakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan ini mempunyai atau mengalami sebarang kecacatan pada fizikal atau mental, kelesuan, atau menghadapi sebarang kecederaan atau penyakit selama 5 tahun yang lepas?*  
 Yes / Ya       No / Tidak  
 If YES, please provide full details / Jika YA, sila berikan butir-butir penuh:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
7. 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?  
*Pernakah 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?*  
 Yes / Ya       No / Tidak  
 If YES, please provide full details / Jika YA, sila berikan butir-butir penuh:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
8. Is there any other life, accident or illness insurance in force or applied for in respect of the person(s) to be insured?  
*Adakah terdapat sebarang insurans hayat, kemalangan atau penyakit telah berkuatkuasa atau yang dipohon ke atas individu/individu-individu yang akan diinsuranskan ini?*  
 Yes / Ya       No / Tidak  
 If YES, please provide full details as follows / Jika YA, sila berikan butir-butir penuh seperti di bawah:

| INSURED PERSON<br><i>INDIVIDU YANG DIINSURANSKAN</i> | COMPANY<br><i>SYARIKAT</i> | LIFE (RM)<br><i>HAYAT (RM)</i> | ACCIDENT/<br>ILLNESS (RM)<br><i>KEMALANGAN/<br/>PENYAKIT (RM)</i> | DATE ISSUED<br><i>TARIKH DIISUKAN</i> |
|--|----------------------------|--------------------------------|---|---------------------------------------|
|  |                            |                                |   |                                       |
|  |                            |                                |   |                                       |
|  |                            |                                |   |                                       |
|  |                            |                                |   |                                       |

**DECLARATION BY PROPOSER / PENGAKUAN OLEH PEMOHON**

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. I am/we are not currently on any medication or intending to seek medical advice and have not had or been advised to have treatment, tests (including blood tests) at any hospital or have specialist investigations or operations in the last 5 years.</li> <li>2. I/we do not consume more than 4 units of alcohol per day.</li> <li>3. I/we have not lived or worked abroad for more than 3 months in the past 5 years.</li> <li>4. I/we agree that any changes to the information given before the policy comes into force must be notified in writing to MSIG Insurance (Malaysia) Bhd. (the Company).</li> <li>5. I/we understand that the contract may be invalidated if I/we fail to disclose information which would influence the assessment and acceptance of the application and the contract will not commence until an acceptance letter has been issued.</li> <li>6. I/we hereby give consent to the Company seeking information from (i) any doctor who at any time has attended to me/us concerning anything which affects my/our physical or mental health policy or (ii) any insurance office to which an application for insurance on my/our life has been made, and I/we authorise the giving of such information and I/we agree that a copy of this consent shall have the validity of the original. I/we understand that this authority shall continue after my/our death.</li> <li>7. I/we declare that to the best of my/our knowledge and belief the statements on this application and all other declarations to it are true and complete and I/we agree that these shall be the basis of the contract with the Company. I/we agree that this Policy will be subject to Laws of Malaysia.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saya/kami kini tidak di bawah sebarang amalan perubatan ataupun bercadang untuk mendapatkan nasihat perubatan atau pernah menjalani atau dinasihatkan untuk menjalani proses rawatan, ujian (termasuk ujian darah) di mana-mana hospital atau menjalani pemeriksaan atau pembedahan pakar sejak 5 tahun yang lepas.</li> <li>2. Saya/kami tidak mengambil lebih daripada 4 unit alkohol satu hari.</li> <li>3. Saya/kami tidak pernah tinggal atau bekerja di luar negara lebih daripada 3 bulan sejak 5 tahun yang lepas.</li> <li>4. Saya/kami bersetuju untuk memberikan sebarang notis bertulis kepada MSIG Insurance (Malaysia) Bhd. (pihak Syarikat) di atas sebarang perubahan maklumat yang telah diberikan terdahulunya sebelum polisi tersebut dikuatkuasakan.</li> <li>5. Saya/kami memahami bahawa kontrak tersebut akan menjadi tidak sah jika saya/kami gagal menyertakan maklumat yang dapat mempengaruhi penilaian dan penerimaan permohonan dan kontrak tersebut tidak akan diterima sehinggalah surat penerimaan dikeluarkan.</li> <li>6. Saya/kami di sini memberi kebenaran kepada pihak Syarikat untuk mendapatkan maklumat dari (i) mana-mana doktor yang pada bila-bila masa telah memberikan nasihat perubatan berkaitan yang akan membawa kesan kepada polisi kesihatan fizikal atau mental saya/kami atau (ii) mana-mana syarikat insurans yang permohonan ke atas insurans nyawa saya/kami telah dibuat, dan saya/kami memberi kuasa untuk memberikan maklumat tersebut dan saya/kami juga faham bahawa surat kebenaran ini masih menjadi sah selepas kematian saya/kami.</li> <li>7. Saya/kami akui mengikut pengetahuan dan kepercayaan saya/kami yang terbaik bahawa kenyataan permohonan serta pengakuan yang lain adalah benar dan lengkap dan saya/kami bersetuju bahawa permohonan ini akan menjadi asas kepada kontrak dengan pihak Syarikat. Saya/kami bersetuju bahawa Polisi ini adalah tertakluk di bawah Undang-Undang Malaysia.</li> </ol> |
|--|---|

**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 proposer 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 proposer.
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 perubahan.
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 pemohon gagal mendedahkan maklumat yang boleh menjejaskan keputusan penginsurans, dan premium dan terma yang dikenakan kepada pemohon.
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

