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

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.

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.

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.

NOTIS PENTING

Anda mesti mengambil penjagaan 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 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***	Proposer / *Pencadang*	Spouse / *Pasangan*	First Child / *Anak Pertama*	Second Child / *Anak Kedua*	Third Child / *Anak Ketiga*
Plan / Pelan	☐ Essential / *Esensial* ☐ Executive / *Eksekutif* ☐ Premier / *Premier* ☐ Golden Premier / *Premier Emas*	☐ Essential / *Esensial* ☐ Executive / *Eksekutif* ☐ Premier / *Premier* ☐ Golden Premier / *Premier Emas*	☐ Essential / *Esensial* ☐ Executive / *Eksekutif* ☐ Premier / *Premier* ☐ Golden Premier / *Premier Emas*	☐ Essential / *Esensial* ☐ Executive / *Eksekutif* ☐ Premier / *Premier* ☐ Golden Premier / *Premier Emas*	☐ Essential / *Esensial* ☐ Executive / *Eksekutif* ☐ Premier / *Premier* ☐ Golden Premier / *Premier Emas*
OPTIONAL BENEFITS / MANFAAT OPSYENAL					
DEDUCTIBLE / *DEDUKTIBEL*	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*
REIMBURSEMENT / *PAMPASAN*	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*
Increased International Cover / *Perlindungan Antarabangsa Tambahan* [For Premier Plan Only / *Untuk Pelan Premier Sahaja*]	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*
Maternity / *Bersalin* [For Premier or Golden Premier Plan Only / *Untuk Pelan Premier atau Premier Emas Sahaja*]	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*	N/A	N/A	N/A
Outpatient Services / *Perkhidmatan Pesakit Luar* [For Golden Premier Plan Only / *Untuk Pelan Premier Emas Sahaja*]	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*	☐ 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* D D / M M / Y Y | 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* D D / M M / Y Y To / *Hingga* D D / M M / Y Y

Tax Identification Number (TIN) / *Nombor Pengenalan Cukai (TIN)*

Sales & Service Tax (SST) Registration Number / *Nombor Pendaftaran Cukai Jualan dan Perkhidmatan (SST)*

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* D D / M M / Y Y | 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* D D / M M / Y Y | 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* D D / M M / Y Y | 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* D D / M M / Y Y | 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.

GENERAL QUESTIONS / *SOALAN-SOALAN AM*

1. Is your spouse or any of your children not listed above? / *Adakah pasangan anda atau anak anda tidak disenaraikan di atas?*
   ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
   If YES, please state the number of person(s) / *Jika YA, sila nyatakan bilangannya:*
   _____

2. My usual doctor is / *Doktor biasa saya adalah:*
   Name / *Nama:* _____
   Address / *Alamat:* _____
   _____ Tel. No. / *No. Tel.* _____

	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*
3. Do you or any person to be insured expect to spend more than three (3) months out of their Usual Country of Residence during the policy period? / *Adakah anda atau sesiapa yang bakal diinsuranskan dijangka menghabiskan masa lebih daripada tiga bulan di luar Negara Bermastautin Biasa mereka dalam tempoh polisi?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Are you and all persons to be insured in good health? / *Adakah anda dan semua orang yang bakal diinsuranskan sihat?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Have you or any person to be insured 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 atau sesiapa yang bakal diinsuranskan berjumpa dengan doktor atau dirujuk kepada hospital atau pakar atau menjalani sebarang pembedahan atau pemerhatian atau rawatan yang bukan rutin?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Have you or any person to be insured ever suffered or is suffering from the following: / *Pernahkan anda atau sesiapa yang bakal diinsuranskan menghidapi atau adalah penghidap penyakit berikut:*										
(a) Diseases of the circulatory system (e.g. Heart Trouble, Chest Pain, Rheumatic Fever, High Blood Pressure, Diseases of the Arteries and Veins)? / *Penyakit sistem peredaran (contoh: Masalah Jantung, Sakit Dada, Demam Reumatik, Penyakit Darah Tinggi, Penyakit Arteri dan Vena)?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(b) Diseases of the respiratory system (e.g. Tuberculosis, Asthma, Persistent Cough, Pneumonia or Emphysema)? / *Penyakit sistem pernafasan (contoh: Tuberkulosis, Asma, Batuk Berterusan, Pneumonia atau Emphysema)?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(c) Diseases of the Genito-Urinary System (e.g. Infections of the Kidneys, Urinary or Genital Organs, Renal Stones, Venereal Disease)? / *Penyakit sistem genito-urinari (contoh: Penyakit Jangkitan pada Buah Pinggang, Urinari atau Organ Genital, Batu Karang)?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(d) Diseases of the Gastrointestinal System (e.g. Digestive Disorders, Gastric or Duodenal Ulcer, Hepatitis B, Hepatitis C or other disorders of the Liver, disorders of the Gall Bladder)? / *Penyakit Gastrousus (contoh: Penyakit Pencernaan, Gastrik atau Ulser Duodenum, Hepatitis B, Hepatitis C atau lain-lain Penyakit Hati, Penyakit Pundi Hempedu)?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(e) Diseases of the Nervous System or Mental Disorders (e.g. Stroke, Epilepsy, Fits of Fainting Attacks, Frequent Headaches, Nervous Breakdown, Depression or other Mental or Psychiatric Disorder)? / *Penyakit Sistem Saraf atau Penyakit Mental (contoh: Serangan Strok, Epilepsi, Sawan Pengsan, Sakit Kepala yang Berulang-ulang, Gangguan Saraf, Kemurungan atau lain-lain Penyakit Mental atau Psikiatri)?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(f) Diabetes Mellitus, Cancer or Tumour of any kind, or any diseases of the Blood, Glands, Spleen, Ears, Eyes or Skin? / *Penyakit Kencing Manis, segala jenis Barah atau ketumbuhan, atau apa-apa jenis Penyakit Darah, Kelenjar, Limpa, Telinga, Mata atau Kulit?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	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? / *Peluh malam dan/atau hilang berat badan, Demam Berterusan, Cirit-birit Kronik atau berulangan, Infeksi atau Bengkak Kelenjar?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(h) Arthritis, Sciatica, Rheumatism, Back, Spine, Muscle or Skin Disorder? / *Penyakit Artritis, Siatika, Reumatik, Tulang Belakang, Otot atau Kulit?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(i) Sexually transmitted diseases such as Syphilis, Gonorrhea or non-specific urethritis, AIDS or AIDS related conditions? / *Penyakit-penyakit berjangkit melalui hubungan seks seperti Penyakit Kelamin, Gonorea atau Uretritis yang tidak khusus, AIDS atau penyakit berkaitan AIDS?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
(j) Any other diseases or ailments not mentioned above? / *Lain-lain penyakit yang tidak disebut diatas?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Are you or any person to be insured currently receiving medical treatment and/or suffering from physical impairment, congenital abnormality or poor health? / *Adakah anda atau sesiapa yang bakal diinsuranskan sedang menerima rawatan perubatan dan/atau menghadapi masalah kecacatan, kehilangan upaya, keabnormalan kongenital atau masalah kesihatan?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Are you or any person to be insured engaged in any hazardous sports? / *Adakah anda atau sesiapa yang bakal diinsuranskan terlibat dalam sebarang sukan berbahaya?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Have you or any person to be insured currently insured under any other Medical or Health Insurance? / *Pernahkah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan mempunyai Insurans Perubatan atau Kesihatan yang lain?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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? / *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?*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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*	

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.*

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

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.

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.*

CHECKLIST (CONT'D) / *SENARAI SEMAKAN (SAMB)*

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.

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, dan premium serta 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* | I.C. (New) checked by / *K.P. (Baharu) disahkan oleh*

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.*

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 Bank Negara Malaysia issued Consumer Education Booklets 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-buku Pendidikan Pengguna yang diterbitkan oleh Bank Negara Malaysia 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*

Signature of Cardholder / *Tandatangan Pemegang Kad*

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 akan diutamakan.