



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

FOREIGN WORKER INSURANCE SCHEME PROPOSAL FORM

FOREIGN WORKER INSURANCE GUARANTEE (FWIG) / JAMINAN INSURANS PEKERJA ASING (FWIG)

**FOREIGN WORKER HOSPITALISATION & SURGICAL SCHEME (SKHPPA) /
SKIM KEMASUKAN HOSPITAL DAN PEMBEDAHAN PEKERJA ASING (SKHPPA)**

FOREIGN WORKER PERSONAL ACCIDENT INSURANCE (FWPA) / PEKERJA ASING INSURANS KEMALANGAN DIRI (FWPA)

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.

PARTICULARS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG

Name of Proposer / Employer / Nama Pencadang / Majikan			
Business Registration No. / I.C. No. (New) / Passport No. / No, Pendaftaran Syarikat / No. K.P. (Baharu) / No. Pasport			
Address / Alamat			
Postcode / Poskod			
Tel. No. / No. Tel. Home / Rumah		Office / Pejabat	
Fax No. / No. Faks		E-mail / E-mel	
Nature of Business / Occupation / Jenis Perniagaan / Pekerjaan			
Sector / Sektor			
☐ Construction / Pembinaan	☐ Forestry / Perhutanan	☐ Mining and Quarrying / Perlombongan dan Kuari	☐ Transport, Storage, Communication / Pengangkutan, Penyimpanan, Komunikasi
☐ Domestic Maid / Pembantu Rumah	☐ Hunter / Pemburu	☐ Plantation / Perladangan	☐ Utilities / Utiliti
☐ Agriculture/Farming / Pertanian	☐ Livestock / Ternakan	☐ Retail and Workshop / Runcit dan Bengkel	☐ Services / Perkhidmatan
☐ Fishery / Perikanan	☐ Manufacturing / Pembuatan		
Employer Type / Jenis Majikan			
☐ Government or Public / Kerajaan atau Awam		☐ Private Limited Company / Syarikat Sdn Bhd	
☐ Organisation of Association / Pertubuhan atau Persatuan		☐ Limited Company / Syarikat Berhad	
		☐ Individual / Individu	

PARTICULARS OF COVERAGE / BUTIR-BUTIR PERLINDUNGAN

Choice of Coverage (Please Tick ✓) / Pilihan Perlindungan (Sila Tanda ✓)			
☐ FWIG	Months / Bulan	Immigration Office (City/State) / Pejabat Imigresen (Bandar/Negeri)	
☐ SKHPPA	Period of Cover / Tempoh Perlindungan	From / Dari	To / Hingga
☐ FWPA	Period of Cover / Tempoh Perlindungan	From / Dari	To / Hingga

PARTICULARS OF WORKERS / BUTIR-BUTIR PEKERJA

Item No. No. Bil.	Name of Worker Nama Pekerja	Passport No. No. Pasport	Gender Jantina	Date of Birth Tarikh Lahir	Nationality Warganegara	Work Permit Expiry Date Tarikh Tamat Permit Pekerja	Worker's Nature of Work Jenis Pekerjaan Pekerja	Insured for* Tuition Perlindungan*	Work Permit No. No. Permit Kerja (PLKS No.)

Note: Please use a separate piece of paper if additional number of workers are required. / Nota: Sila gunakan helaian kertas yang berasingan jika bilangan pekerja tambahan diperlukan.

* Insured for / Tuisian Perlindungan (select one of the following / pilih satu):

a. Calling Visa Application / Permohonan Visa Panggilan b. Renewal of Pas Lawatan Kerja Sementara / Pembaharuan PLKS c. Special Application / Permohonan Khas

PREMIUM DETAILS / BUTIR-BUTIR PREMIUM						Total Premium (RM) Jumlah Premium (RM)	8% Service Tax (RM) 8% Cukai Perkhidmatan (RM)	Stamp Duty (RM) Duti Setem (RM)	Total Amount Payable (RM) Jumlah Perlu Dibayar (RM)
No. of Workers / Bilangan Pekerja	Annual Premium (per worker) (RM) Premium Tahunan (setiap pekerja) (RM)								
FWIG	1% per annum on guarantee amount based on foreign worker's nationality subject to minimum premium of RM 50.00 per policy. / 1% setahun ke atas jumlah jaminan berdasarkan kewarganegaraan pekerja asing tertakluk kepada premium minimum RM 50.00 setiap polisi. Example / Contoh: 1% x RM _____ (amount guarantee per worker / jumlah jaminan untuk setiap pekerja) x _____ (number of workers / bilangan pekerja) x _____ months / bulan (period of guarantee / tempoh jaminan) / 12 = RM _____							10.00	
SKHPPA	120.00*							10.00	
FWPA	50.00							10.00	

*Inclusive of RM15 TPCHA fee. / Termasuk yuran TPCHA RM15.

DECLARATION BY PROPOSER/INSURED / PENGAKUAN OLEH PENCADANG/PIHAK DIINSURANSKAN

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 nominee(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 do not 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 dan 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 penama 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

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 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:

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.

To: MSIG Insurance (Malaysia) Bhd

Dear Sirs,

LETTER OF INDEMNITY FOR INSURANCE GUARANTEE NO. _____

In consideration of you having executed as my/our request a Guarantee to: **KETUA PENGARAH IMIGRESEN** (hereafter called the Principal) to cover the due performance of _____ (hereinafter called the Employer) in sum of Malaysian Ringgit _____ only (RM _____) pursuant to the satisfactory performance and observance of the conditions imposed on the Employer and/or Employee by the Ketua Pengarah Imgiresen in the Security Bond.

I/We, the undermentioned Employer and/or Guarantors hereby jointly and severally undertake for ourselves, our heirs, executors, administrators, assigns and successors that we jointly and severally at all times hereinafter will and sufficiently indemnify you in full against all claims, payments, demands, actions, suits, proceedings, losses, liabilities, cost and expenses whatsoever which may be taken or made against you or incurred or become payable by you under the liability or obligations of the Insurance Guarantee and we hereby further agree that you may at your absolute discretion compromise all claims, payments, demands, suits, proceedings, losses, liabilities which may be taken or made against you under the Insurance Guarantee and that we are hereby further agree to accept the receipts, vouchers or other evidence of all payments made by you or of all liabilities or obligations incurred by you by reason of the Insurance Guarantee as conclusive evidence against us and our estates of the fact and extent of our liability herein to you.

My/Our liability hereunder is irrevocable and shall remain in full force or effect until your liability under the said Insurance Guarantee is discharged and the same shall have been returned to you for cancellation.

IN WITNESS HEREOFF I/WE have hereunto subscribed my/our name/names this _____ day of _____, 20 _____.

Witness Signature
Name as per I.C. (New)

I.C. No. (New) _____
Occupation _____
Address _____

Witness Signature
Name as per I.C. (New)

I.C. No. (New) _____
Occupation _____
Address _____

Employer Signature
Name as per I.C. (New)

I.C. No. (New) _____
Occupation _____
Address _____

Guarantor Signature
Name as per I.C. (New)

I.C. No. (New) _____
Occupation _____
Address _____

Kepada: MSIG Insurance (Malaysia) Bhd

Tuan,

SURAT INDEMNITI BAGI JAMINAN INSURANS NO. _____

Sebagai pertimbangan bagi anda yang mengikut permintaan saya/kami, telah melaksanakan satu Jaminan kepada: **KETUA PENGARAH IMIGRESEN** (seterusnya ini dipanggil Prinsipal) untuk melindungi prestasi sewajarnya oleh _____

_____ (seterusnya ini dipanggil Majikan) bagi jumlah Ringgit Malaysia _____ sahaja (RM _____) mengikut prestasi yang memuaskan dan pelaksanaan yang sewajarnya terhadap Majikan dan/atau Pekerja oleh Ketua Pengarah Imigresen dalam Bon Sekuriti.

Saya/Kami sebagai Majikan dan/atau Penjamin yang dinyatakan di bawah, dengan ini secara bergabung dan berasingan berjanji bagi pihak kami, waris, wasi, pentadbir, wakil dan pengganti kami bahawa kami akan pada setiap masa secara bergabung dan berasingan memberi indemniti yang sepenuhnya kepada anda terhadap semua tuntutan, bayaran, permintaan, tindakan, saman, prosiding, kerugian, liabiliti, kos dan perbelanjaan yang boleh diambil atau dibuat terhadap anda atau ditanggung atau dibayar oleh anda di bawah liabiliti atau obligasi Jaminan Insurans. Kami juga bersetuju bahawa anda boleh mengikut keputusan sendiri untuk berkompromi di atas semua tuntutan, bayaran, permintaan, tindakan, saman, prosiding, kerugian, liabiliti yang boleh diambil atau dibuat terhadap anda atau ditanggung atau dibayar oleh anda di bawah liability atau obligasi Jaminan Insurans dan kami seterusnya bersetuju untuk menerima resit, baucar, atau bukti lain tentang semua bayaran yang anda buat atau semua liabiliti atau obligasi yang ditanggung oleh anda kerana Jaminan Insurans sebagai bukti sah ke atas kami dan estet kami tentang fakta dan takat liabiliti kepada anda.

Liabiliti saya/kami yang dinyatakan ini tidak boleh dibatalkan dan berkesan sepenuhnya sehingga liabiliti anda di bawah Jaminan Insurans tersebut dilepaskan dan ia dikembalikan kepada anda untuk dibatalkan.

SEBAGAI MEMPERAKUINYA, SAYA/KAMI menurunkan tandangan saya/kami pada _____ hari bulan _____ 20 _____.

Tandangan Saksi
Nama pada K.P. (Baru)

No. K.P. (Baru) _____
Pekerjaan _____
Alamat _____

Tandangan Saksi
Nama pada K.P. (Baru)

No. K.P. (Baru) _____
Pekerjaan _____
Alamat _____

Tandangan Majikan
Nama pada K.P. (Baru)

No. K.P. (Baru) _____
Pekerjaan _____
Alamat _____

Tandangan Penjamin
Nama pada K.P. (Baru)

No. K.P. (Baru) _____
Pekerjaan _____
Alamat _____