



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

**EZ PLUS HOSPITAL INCOME INSURANCE PROPOSAL FORM / EZ HOSPITAL INCOME INSURANCE PROPOSAL FORM /
BORANG CADANGAN INSURANS PENDAPATAN HOSPITAL EZ PLUS / BORANG CADANGAN INSURANS PENDAPATAN HOSPITAL EZ**

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 dan 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 sehingga ke masa insurans itu dibuat oleh anda, membuat perubahan kepada atau memperbaharui insurans anda.

EZ Plus Hospital Income Insurance Proposal Form / Borang Cadangan Insurans Pendapatan Hospital EZ Plus ☐		
EZ Hospital Income Insurance Proposal Form / Borang Cadangan Insurans Pendapatan Hospital EZ ☐		
CHOICE OF PLAN AND ANNUAL PREMIUM / PELAN PILIHAN DAN PREMIUM TAHUNAN		
Part 1: Main Benefits / Bahagian 1: Manfaat-manfaat Utama		
Insured Person / Orang Yang Diinsuranskan	Plan / Pelan	Annual Premium (RM) / Premium Tahunan (RM)
Proposer / Pencadang		
Spouse / Pasangan		
Subtotal / Jumlah kecil		
Less 10% Spouse Discount (if applicable) / Tolak 10% Diskaun Pasangan (jika berkenaan)		
Total Annual Premium for Part 1 / Jumlah Premium Tahunan untuk Bahagian 1		

PARTICULARS OF SPOUSE / BUTIR-BUTIR PASANGAN

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

☐ Male /Lelaki
☐ Female /Perempuan

I.C. No. (New) / No. K.P. (Baharu)

Date of Birth / Tarikh Lahir

Height / Tinggi (cm)

Weight / Berat (kg)

Occupation (Exact Duties) / Pekerjaan (Tugas Sebenar)

GENERAL QUESTIONS / SOALAN-SOALAN AM

1. Have you, or your spouse, ever consulted any medical practitioner / specialist or have had surgery or been hospitalised for any injury, disease or chronic illnesses such as but not limited to anemia, diabetes, heart or circulation disorder, hepatitis, kidney disease or physical defects?

Pernahkah anda atau pasangan anda berjumpa dengan doktor/pakar perubatan atau telah menjalani sebarang pembedahan atau dimasukkan ke hospital akibat kecederaan, penyakit atau penyakit kronik seperti tetapi tidak terhad kepada anemia, diabetes, gangguan jantung atau peredaran darah, hepatitis, penyakit buah pinggang atau kecacatan fizikal?

☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak

If YES, please provide full details as follows: / Jika YA, sila berikan butir-butir penuh seperti di bawah:

Proposer / Spouse Pencadang / Pasangan	Injury / Illness Kecederaan / Penyakit	Treatment / Advice Given Rawatan / Nasihat yang Diberikan	When Identified and Treated / Bila Dikesan dan Dirawat	Duration of Treatment / Tempoh Rawatan	Current Condition / Keadaan Semasa

2. Are you, or your spouse, considering to seek consultation, treatment, investigation of any kind or pending surgery or procedure in the coming 12 months?

Adakah anda atau pasangan anda sedang mempertimbangkan untuk mendapatkan sebarang konsultasi, rawatan, penyiasatan atau pembedahan atau prosedur tertunggak dalam masa 12 bulan yang akan datang?

☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak

If YES, please provide full details. / Jika YA, sila berikan butir-butir penuh:

3. Do you or your spouse have any Hospital Income or other similar insurance?

Adakah anda atau pasangan anda mempunyai insurans Pendapatan Hospital atau insurans lain yang serupa?

☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak

If YES, please provide full details as follows: / Jika YA, sila berikan butir-butir penuh seperti di bawah:

Insurer Penginsurans	Type of Insurance Jenis Insurans	Date Issued Tarikh Diisukan

Part 2: Optional Benefits / Bahagian 2: Manfaat-manfaat Pilihan

Note: The Optional Benefits selected has to be of the same plan as the Main Benefits. / Nota: Manfaat-manfaat Opsyenal yang dipilih mestilah daripada pelan yang sama dengan Manfaat-manfaat Utama.

Cover / Perlindungan	Proposer/ Pencadang	Spouse/ Pasangan	Annual Premium (RM) / Premium Tahunan (RM)
Specified Infectious Diseases Hospital Cash Allowance / Elaun Tunai Hospital Penyakit Berjangkit Tertentu	Yes / Ya ☐	Yes / Ya ☐	
Hospital Cash Allowance Whilst Overseas / Elaun Tunai Hospital Semasa Di Luar Negara	Yes / Ya ☐	Yes / Ya ☐	
Surgical Operations Expenses / Perbelanjaan Operasi Pembedahan	Yes / Ya ☐	Yes / Ya ☐	
Compassionate Allowance / Elaun Ihsan	Yes / Ya ☐	Yes / Ya ☐	
Subtotal / Jumlah Kecil			
Less 10% Spouse Discount (if applicable) / Tolak 10% Diskaun Pasangan (jika berkenaan)			
Total Annual Premium for Part 2 / Jumlah Premium Tahunan untuk Bahagian 2			
Add Stamp Duty (per policy) / Tambah Duti Setem (setiap polisi)			10.00
Total Premium Payable (Part 1 + Part 2 + Stamp Duty) / Jumlah Bayaran Premium (Bahagian 1 + Bahagian 2 + Duti Setem)			

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) / No. K.P. (Baharu)

Date of Birth / Tarikh Lahir

Height / Tinggi (cm)

Weight / Berat (kg)

Occupation (Exact Duties) / Pekerjaan (Tugas Sebenar)

Address / Alamat

Postcode / Poskod

Tel. No. / No. Tel. Home / Rumah

Office / Pejabat

Mobile / Telefon Bimbit

E-mail / E-mel

Period of Cover / Tempoh Perlindungan

From / Dari DD / MM / YY

To/Hingga DD / MM / YY

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

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

CHECKLIST / SENARAI SEMAKAN

The insurer/intermediary has explained to me the following important features as contained in the policy document of the Health and Surgical Insurance (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 "free look 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 premium would be refunded to me less deduction of administrative expenses incurred by the Company in the issuance of the policy.
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.

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.

Penginsurans/wakil telah menerangkan kepada saya ciri-ciri berikut seperti yang terkandung dalam dokumen polisi Insurans Kesihatan & Pembedahan (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 pelan HSI kepada yang lain.*
10. *"Tempoh semakan percuma" selama 15 hari diberikan kepada saya untuk mengkaji kesesuaian produk HSI yang baru dibeli. Sekiranya saya memulangkan semula polisi kepada penginsurans dalam tempoh ini, premium yang telah dibayar akan dipulangkan kepada saya sepenuhnya ditolak potongan perbelanjaan pentadbiran yang dibelanjakan oleh Syarikat dalam pengeluaran polisi.*
11. *Hak penginsurans untuk menolak liabiliti sekiranya pemohon gagal mendedahkan maklumat yang boleh menjejaskan keputusan penginsurans, dan premium serta terma yang dikenakan kepada pencadang.*
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.*

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.*

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 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 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

Name of Proposer
Nama Pencadang

PAYMENT BY CREDIT CARD / BAYARAN DENGAN KAD KREDIT

Signature of Cardholder / *Tandatangan Pemegang Kad*

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

*Please delete where applicable. / Sila potong mana yang berkenaan.

Date / Tarikh

Catatan: Jika terdapat sebarang konflik di antara versi Bahasa Inggeris dengan terjemahannya, Borang Cadangan dan Pengakuan Pencadang versi Bahasa Inggeris akan diutamakan.