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

LADIES LIFESTYLE PROTECTION PROPOSAL FORM
BORANG CADANGAN PERLINDUNGAN GAYA HIDUP WANITA

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.

PLAN TO BE INSURED / *PELAN INSURANS YANG DIKEHENDAKI*

Basic Cover / *Pelindungan Asas* ☐ Plan 1 / *Pelan 1* ☐ Plan 2 / *Pelan 2*

Optional Cover / *Pelindungan Opsyenal* ☐ Ya / *Ya* ☐ No / *Tidak*

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)* Type of Class / *Jenis Kelas* ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Industry / *Industri*

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 INSURED PERSON (IF DIFFERENT FROM PROPOSER)
BUTIR-BUTIR ORANG YANG DIINSURANKAN (JIKA LAIN DARIPADA PENCADANG)

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

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)

Relationship to Proposer / *Hubungan kepada Pencadang*

Usual Country of Residence / *Negara Bermastautin* | Home Country / *Negara Asal*

Occupation (Exact Duties) / *Pekerjaan (Tugas Sebenar)* | Type of Class / *Jenis Kelas*

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

GENERAL QUESTIONS / *SOALAN-SOALAN AM*

1. Have you or any person to be insured 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?

   Pernahkah anda atau sesiapa yang bakal diinsuranskan menghidapi 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 parents, brothers or sisters or those of any person to be insured 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 sesiapa yang akan diinsuranskan meninggal akibat daripada strok, diabetes, skelerosis 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 person to be insured smoked any cigarettes during the past 12 months? If yes, how many per day?

   Pernahkah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan merokok sejak 12 bulan yang lepas? Jika ya, berapa batang sehari?

   ☐ <10 ☐ 10 - 20 ☐ 21 - 30 ☐ >30

4. Have you or any person to be insured been recommended for tests or counseling in connection with sexually transmitted disease, hepatitis or HIV, blood transfusion or advice to abstain from donating blood?

   Pernahkah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan 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 berbahaya?

   ☐ 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?

   Pernahkah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan ini mempunyai atau mengalami sebarang kecacatan pada fizikal atau mental, kelesuan, atau menghidapi 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?

   Pernahkah sebarang permohonan untuk insurans hayat, kecederaan, atau penyakit yang dibuat oleh atau bagi sesiapa 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 berkuat kuasa 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 *Individu yang Diinsuranskan*	Company *Syarikat*	Life *Hayat* (RM)	Accident/Illness *Kemalangan/Penyakit* (RM)	Date Issued *Tarikh Diisukan*

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 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*

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.
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.

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.*
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. 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.

9. Kemungkinan implikasi akibat menukar polisi daripada satu penginsurans kepada yang lain atau memindahkan daripada satu jenis pelan 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 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.

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. Reimbursement benefits (such as medical expenses) are limited to the actual costs incurred. Even if you have multiple policies, the total payout will not exceed the expenses paid.

   Lump-sum benefits (such as death or disability) are fixed amounts specified in the policy and may be payable under each policy independently.
6. 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. Manfaat pembayaran balik (seperti perbelanjaan perubatan) adalah terhad kepada kos sebenar yang ditanggung. Walaupun anda mempunyai beberapa polisi, jumlah bayaran tidak akan melebihi perbelanjaan yang telah dibayar.

Manfaat pembayaran sekali gus (seperti kematian atau hilang upaya) adalah amaun yang dinyatakan dalam polisi dan boleh dibayar secara berasingan di bawah setiap polisi.

6. 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, Anti-Restricted Activity Financing and Proceeds of Unlawful Activities Act 2001 (AMLA) (Act 613) / *Selaras dengan Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan, Pencegahan Pembiayaan Aktiviti Terhad dan Hasil Daripada Aktiviti Haram 2001 (AMLA) (Akta 613)*:

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.*