

**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.myA 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.

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 dilengkapi dengan tepat. Sekiranya borang ini dilengkapi oleh perantara bagi pihak anda, anda masih bertanggungjawab ke atas segala maklumat yang diberikan di dalam borang ini.

NOTIS PENTING

Anda mesti mengambil penajaan 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 penajaan 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	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	
Fax No. / No. Faks		E-mail / E-mel	
Period of Cover / Tempoh Perlindungan			
From / Dari		To / Hingga	

PARTICULARS OF INSURED PERSON (IF DIFFERENT FROM PROPOSER)
BUTIR-BUTIR ORANG YANG DIINSURANSKAN (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 Height / Tinggi (cm) Weight / Berat (kg)

D D / M M / Y Y

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?

Pernakah anda atau sesiapa yang bakal diinsuranskan 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 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, 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 person to be insured smoked any cigarettes during the past 12 months? If yes, how many per day?

Pernakah 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?

Pernakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan disyorkan menjalani sebarang ujian atau kaunseling berkenaan dengan penyakit kelamin, hepatitis atau HIV, transfuse 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 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 <i>Individu yang Diinsuranskan</i>	Company <i>Syarikat</i>	Life <i>Hayat</i> (RM)	Accident/Illness <i>Kemalangan/Penyakit</i> (RM)	Date Issued <i>Tarikh Diisukan</i>

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.

SSaya/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 memperoleh 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 / Tandatangani 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 perubatan.
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.

