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

TENANG HOSPITAL INCOME INSURANCE PROPOSAL FORM
BORANG CADANGAN INSURANS PENDAPATAN HOSPITAL TENANG

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 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.

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.

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* D D / M M / Y Y

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* 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)

COVERAGE DETAILS / *BUTIRAN LIPUTAN*

Benefits */ Manfaat-Manfaat*	**Plan 1 (RM)** */ Pelan 1 (RM)*
Daily Hospital Income (per day, max up to 120 days) / ***Pendapatan Hospital Harian*** *(sehari, maksimum sehingga 120 hari)*	160
Intensive Care Unit Hospital Income (per day, max up to 60 days) / ***Pendapatan Hospital Unit Rawatan Rapi*** *(sehari, maksimum sehingga 60 hari)*	320
COVID-19 Hospital Income (per day, max up to 30 days) / ***Pendapatan Hospital COVID-19*** *(sehari, maksimum sehingga 30 hari)*	75
COVID-19 Intensive Care Unit Hospital Income (per day, max up to 15 days) / ***Pendapatan Hospital Unit Rawatan Rapi COVID-19*** *(sehari, maksimum sehingga 15 hari)*	150
Annual Premium (RM) / *Premium Tahunan (RM)*	

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

I have read and fully understand the product benefits, key terms and conditions, exclusions, premium, fees and charges that I have to pay.

I, to the best of my knowledge, hereby confirm that the statements contained in this proposal form are true and correct and I have not concealed, misrepresented or misstated any material fact.

I agree to accept the 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 hereby declare that any of my personal information collected or held by the Company is provided with my 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 understand that I am entitled to obtain access to and to request correction of my personal information held by the Company. I also understand that I am entitled to inform the Company to cease processing my personal information concerning me 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 telah membaca dan memahami sepenuhnya manfaat produk, terma dan syarat utama, pengecualian, premium, yuran dan caj yang harus saya bayar.

Saya, sepanjang pengetahuan saya, mengesahkan bahawa segala kenyataan yang terkandung di dalam borang cadangan ini adalah benar dan betul serta saya tidak menyembunyikan, memutarbelitkan atau menyalahnyatakan sebarang fakta material.

Saya 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 dikeluarkan.

Saya dengan ini mengaku bahawa mana-mana maklumat peribadi saya yang dikumpul atau dipegang oleh Syarikat diperuntukkan dengan keizinan saya 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/syarikat insurans bersekutu, persatuan atau 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 faham bahawa saya berhak memperoleh akses kepada dan meminta pembetulan maklumat peribadi saya seperti yang dipegang oleh Syarikat. Saya juga faham bahawa saya berhak memberitahu Syarikat untuk menghentikan pemprosesan mana-mana maklumat peribadi berkenaan saya 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 / Insured
Tandatangan Pencadang / Pihak Diinsuranskan

Date / *Tarikh*

Name of Proposer / Insured
Nama Pencadang / Pihak Diinsuranskan

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*

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[4] was verified and authenticated by me at the point of sale. / *Saya dengan ini mengesahkan bahawa K.P. asli / Pasport / Sijil Pendaftaran Perniagaan Pencadang[4] telah disemak dan disahkan oleh saya pada masa jualan.*

2. I attach hereto photocopy of the original I.C. / Passport / Business Registration Certificate[4] 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[4] di mana premium polisi individu atau kumpulan yang melebihi RM50,000 atau RM100,000 setahun.*

[4]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.*