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) CANCER CARE 365 INSURANCE PROPOSAL FORM
BORANG CADANGAN INSURANS (EZ) CANCER CARE 365

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 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*

Plan / *Pelan* | Optional Benefit: Hospital Income / *Manfaat Opsyenal: Pendapatan Hospital* ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak* | Annual Premium (RM) / *Premium Tahunan (RM)*

Stamp Duty (RM) / *Duti Setem (RM)*

Total Premium Payable (RM) / *Jumlah Bayaran Premium (RM)*

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)*

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

GENERAL QUESTIONS / *SOALAN-SOALAN AM*

1. Have you ever had or do you intend to seek advice for any lump, growth, pre-cancerous condition, carcinoma in-situ or cancer (including leukemia, lymphoma, or tumor)?

   Adakah anda pernah atau berhasrat untuk mendapatkan nasihat untuk sebarang ketumbuhan, pertumbuhan, keadaan pra-kanser, karsinoma in-situ atau kanser (termasuk leukemia, limfoma, atau tumor)?

   ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

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

Illness *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. In the past 1 year, have you ever had or do you intend to seek advice for any abnormal result in your biopsy, endoscopy, cervical smear, mammogram, breast ultrasound, prostate examination, scan, blood test (limited to tumour markers, blood count, creatinine, liver enzymes and calcium), stool test or urine test (limited to blood in urine)?

   Dalam tempoh 1 tahun yang lalu, adakah anda pernah atau berhasrat untuk mendapatkan nasihat untuk mana-mana keputusan ujian anda yang tidak normal dalam biopsi, endoskopi, smear serviks, mamogram, ultrasound payudara, pemeriksaan prostat, imbasan, ujian darah (terhad kepada penanda tumor, jumlah darah, kreatinin, enzim hati dan kalsium), ujian najis atau ujian air kencing (terhad kepada darah dalam air kencing)?

   ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

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

Date of Test *Tarikh Ujian*	Type of Test *Jenis Ujian*	Test Result *Keputusan Ujian*	Treatment / Advice Given *Rawatan / Nasihat yang Diberikan*

3. Have any of your parents, brothers or sisters suffered or died from cancer before the age of 50?

   Adakah di antara ibu bapa atau adik-beradik anda menghidapi atau meninggal dunia akibat kanser sebelum mencapai umur 50 tahun?

   ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

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

Relationship with the Person with Cancer *Hubungan dengan Penghidap Kanser*	Type of Cancer *Jenis Kanser*	Age of Onset *Umur Permulaan*	Age of Death (if applicable) *Umur Kematian (jika berkenaan)*

4. Do you have any Critical Illness, Hospital Income or other similar insurance?
Adakah anda mempunyai insurans Penyakit Kritikal, 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*

5. Has any of your applications for Critical Illness or Hospital Income insurance been declined or had special terms imposed, or has any insurer refused to renew such insurance?
Pernahkah permohonan anda untuk insurans Penyakit Kritikal atau Pendapatan Hospital ditolak atau dikenakan syarat khas, atau pernahkah mana-mana penginsurans yang menolak untuk memperbaharui insurans anda?

☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

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

_____

_____

_____

HOSPITAL INCOME / *PENDAPATAN HOSPITAL*

Please complete only if you are buying Optional Benefit: Hospital Income. / *Sila lengkapkan hanya jika anda ingin membeli Manfaat Opsyenal: Pendapatan Hospital.*

1. Have you 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 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:*

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 considering to seek consultation, treatment, investigation of any kind or pending surgery or procedure in the coming 12 months?
Adakah 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:*

_____

_____

_____

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 "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 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.

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 bowah 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.
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 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.*

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 PROPOSER / *PENGAKUAN OLEH PENCADANG*

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 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 dan 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 diisukan.

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 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 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 *Tandatangan Pencadang*	Date / *Tarikh*	Name of Proposer *Nama Pencadang*

Privacy Notice: Kindly read our Privacy Notice at www.msiq.com.my for details.

Notis Privasi: *Sila baca Notis Privasi kami di www.msiq.com.my untuk maklumat lanjut.*

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*

Tax Clause: You are obligated to pay any applicable taxes (which include but not limited to service tax and stamp duty) imposed by the Malaysian tax authorities in relation to this Policy.

Fasal Cukai: *Anda dikehendaki membayar sebarang cukai berkaitan (termasuk tetapi tidak terhad kepada cukai perkhidmatan dan duti setem) yang dikenakan oleh Penguatkuasa Cukai Malaysia berhubung Polisi ini.*

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.*