



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

SME GROUP HEALTH INSURANCE PROPOSAL FORM
BORANG CADANGAN INSURANS KESIHATAN BERKUMPULAN SME

Broker / Agent Broker / Ejen	Account 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

Duty of Disclosure: It is the duty of the Proposer to disclose to MSIG Insurance (Malaysia) Bhd ("Company") a matter that (a) he/she knows to be relevant to the decision of the Company on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied; or (b) a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant. This Duty of Disclosure by the Proposer shall continue until the time the contract of insurance is entered into, varied or renewed.

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

Kewajipan Pendedahan: Ia adalah kewajipan Pencadang untuk mendedahkan kepada MSIG Insurance (Malaysia) Bhd ("Syarikat") sesuatu perkara yang (a) dia tahu sebagai berkaitan kepada keputusan Syarikat sama ada untuk menerima atau tidak risiko serta kadar dan terma yang hendak dipakai; atau (b) seorang yang munasabah dalam hal keadaan itu boleh dijangka untuk tahu sebagai berkaitan. Kewajipan Pendedahan ini oleh Pencadang hendaklah berterusan sehingga ke masa kontrak insurans itu dibuat, diubah atau diperbaharui.

PARTICULARS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG

Company Name / Nama Syarikat	
Company Registration (Business Registration No.) / Pendaftaran Syarikat (Nombor Pendaftaran Perniagaan)	
Address / Alamat (Malaysia)	
Postcode / Poskod	
Office Tel. No. / No. Tel. Pejabat	E-mail / E-mel
Nature of Business / Jenis Perniagaan	
Period of Insurance / Tempoh Insurans From / Dari DD / MM / YY To / Ke DD / MM / YY	
Name of Contact Person 1 / Nama Pegawai untuk Dihubungi 1	
Designation / Jawatan	Contact Number / Nombor Telefon
Name of Contact Person 2 / Nama Pegawai untuk Dihubungi 2	
Designation / Jawatan	Contact Number / Nombor Telefon
Tax Identification Number (TIN) / Nombor Pengenalan Cukai (TIN)	
Sales & Service Tax (SST) Registration Number / Nombor Pendaftaran Cukai Jualan dan Perkhidmatan (SST)	

PREVIOUS MEDICAL AND HEALTH RELATED COSTS / KOS PERUBATAN DAN KESIHATAN TERDAHULU

a. Has the group previously or currently been insured by another company? If YES, please provide the following details: / Adakah kumpulan ini pernah atau sedang diinsuranskan dengan syarikat lain? Jika YA, sila berikan butiran yang berikut:

Policy No. / No. Polisi

Expiry Date / Tarikh Luput

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

| D | D | / | M | M | / | Y | Y |

Name of Insurer / Nama Penginsurans

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

b. Please provide details of any medical expenses incurred or claims made in the current year and the past 2 years. If no Medical Insurance is in place, please provide the last 3 years' expenses for Group Hospitalisation & Surgical (GHS), Outpatient General Practitioner (GP) and Outpatient Specialist (SP) services. / Sila nyatakan butiran perbelanjaan perubatan yang ditanggung atau tuntutan yang dibuat bagi tahun semasa serta dua (2) tahun terdahulu. Jika tiada Insurans Perubatan, sila nyatakan Perbelanjaan bagi Penghospitalan dan Pembedahan Berkumpulan, Perubatan Am Pesakit Luar dan Pakar Perubatan Pesakit Luar selama 3 tahun yang lalu.

Year / Tahun	Group Hospitalisation and Surgical Pengkospitalan dan Pembedahan Berkumpulan		Outpatient - General Practitioner (GP) Perubatan Am Pesakit Luar		Outpatient - Specialist (SP) Pakar Perubatan Pesakit Luar	
	Medical Expenses Perbelanjaan Perubatan (RM)	No. of Cases Bilangan Kes	Medical Expenses Perbelanjaan Perubatan (RM)	No. of Cases Bilangan Kes	Medical Expenses Perbelanjaan Perubatan (RM)	No. of Cases Bilangan Kes

c. Has an application for medical or hospitalisation insurance for your company to be insured ever been declined, postponed or accepted at other than normal terms? / Adakah permohonan insurans perubatan atau pengkospitalan untuk syarikat anda pernah ditolak, ditangguhkan atau diluluskan dengan terma yang berbeza daripada terma biasa?

☐ Yes / Ya

☐ No / Tidak

If YES, please provide details / Jika YA, sila berikan butiran

PARTICULARS OF PROPOSED INSURED PERSON AND PLAN / BUTIR-BUTIR ORANG YANG AKAN DIINSURANSKAN DAN PELAN
PLEASE TICK ✓ PLAN SELECTED / SILA TANDAKAN ✓ PELAN YANG DIPILIH

No. No.	Proposed Insured Person Orang yang akan Diinsuranskan	Date of Birth (dd / mm / yyyy) Tarikh Lahir (hh / bb / tttt)	Race Kaum	Gender Jantina	Relationship to Employee Hubungan dengan Pekerja	Group Hospitalisation and Surgical (GHS) Penghospitalan dan Pembedahan Berkumpulan (GHS)	Plan / Pelan		Options Pilihan	
							Outpatient Clinical (OPC) Rawatan Klinikal Pesakit Luar (OPC)	Cashless / Reimbursement Tanpa Tunai / Pembayaran Balik	Cashless / Reimbursement Tanpa Tunai / Pembayaran Balik	Co-insurance Ko-insurans
1	Name / Nama: NRIC/ Passport No. / No. KP/Pasport:		☐ Chinese / Cina ☐ Eurasian / Serani ☐ Indian / India ☐ Malay / Melayu ☐ Others / Lain-lain	☐ Male / Lelaki ☐ Female / Perempuan	☐ Employee / Pekerja ☐ Spouse / Pasangan ☐ Child / Anak	☐ Plan 1 / Pelan 1 ☐ Plan 2 / Pelan 2 ☐ Plan 3 / Pelan 3 ☐ Plan 4 / Pelan 4 ☐ Plan 5 / Pelan 5	☐ Plan 1 / Pelan 1 ☐ Plan 2 / Pelan 2	☐ Cashless / Tanpa Tunai ☐ Reimbursement / Pembayaran Balik	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak	
2	Name / Nama: NRIC/ Passport No. / No. KP/Pasport:		☐ Chinese / Cina ☐ Eurasian / Serani ☐ Indian / India ☐ Malay / Melayu ☐ Others / Lain-lain	☐ Male / Lelaki ☐ Female / Perempuan	☐ Employee / Pekerja ☐ Spouse / Pasangan ☐ Child / Anak	☐ Plan 1 / Pelan 1 ☐ Plan 2 / Pelan 2 ☐ Plan 3 / Pelan 3 ☐ Plan 4 / Pelan 4 ☐ Plan 5 / Pelan 5	☐ Plan 1 / Pelan 1 ☐ Plan 2 / Pelan 2			
3	Name / Nama: NRIC/ Passport No. / No. KP/Pasport:		☐ Chinese / Cina ☐ Eurasian / Serani ☐ Indian / India ☐ Malay / Melayu ☐ Others / Lain-lain	☐ Male / Lelaki ☐ Female / Perempuan	☐ Employee / Pekerja ☐ Spouse / Pasangan ☐ Child / Anak	☐ Plan 1 / Pelan 1 ☐ Plan 2 / Pelan 2 ☐ Plan 3 / Pelan 3 ☐ Plan 4 / Pelan 4 ☐ Plan 5 / Pelan 5	☐ Plan 1 / Pelan 1 ☐ Plan 2 / Pelan 2			
4	Name / Nama: NRIC/ Passport No. / No. KP/Pasport:		☐ Chinese / Cina ☐ Eurasian / Serani ☐ Indian / India ☐ Malay / Melayu ☐ Others / Lain-lain	☐ Male / Lelaki ☐ Female / Perempuan	☐ Employee / Pekerja ☐ Spouse / Pasangan ☐ Child / Anak	☐ Plan 1 / Pelan 1 ☐ Plan 2 / Pelan 2 ☐ Plan 3 / Pelan 3 ☐ Plan 4 / Pelan 4 ☐ Plan 5 / Pelan 5	☐ Plan 1 / Pelan 1 ☐ Plan 2 / Pelan 2			
5	Name / Nama: NRIC/ Passport No. / No. KP/Pasport:		☐ Chinese / Cina ☐ Eurasian / Serani ☐ Indian / India ☐ Malay / Melayu ☐ Others / Lain-lain	☐ Male / Lelaki ☐ Female / Perempuan	☐ Employee / Pekerja ☐ Spouse / Pasangan ☐ Child / Anak	☐ Plan 1 / Pelan 1 ☐ Plan 2 / Pelan 2 ☐ Plan 3 / Pelan 3 ☐ Plan 4 / Pelan 4 ☐ Plan 5 / Pelan 5	☐ Plan 1 / Pelan 1 ☐ Plan 2 / Pelan 2			

Notes / Nota:
1. Please attach separate sheet if the space is insufficient. / Sila lampirkan helaian berasingan jika ruang tidak mencukupi.

ANNUAL PREMIUM / PREMIUM TAHUNAN											
GROUP HOSPITALISATION AND SURGICAL (GHS) / PENGHOSPITALAN DAN PEMBEDAHAN BERKUMPULAN (GHS)											
Plan / Pelan	Options / Pilihan (Please Tick ✓ / Sila Tandakan ✓)		Employee Only Pekerja Sahaja		Employee and Spouse Pekerja dan Pasangan		Employee and Children Pekerja dan Anak		Employee and Family Pekerja dan Keluarga		Sub-total / Jumlah kecil (RM)
	Cashless / Reimbursement Tanpa Tunai / Pembayaran Balik	Co-insurance Ko-insurans	No. of employee / Bilangan pekerja	Premium (RM)	No. of employee / Bilangan pekerja	Premium (RM)	No. of employee / Bilangan pekerja	Premium (RM)	No. of employee / Bilangan pekerja	Premium (RM)	
1	☐ Cashless / Tanpa Tunai ☐ Reimbursement / Pembayaran Balik ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak										
2											
3											
4											
5											
			Total Annual Premium (GHS) / Jumlah Premium Tahunan (GHS)								
Note: Exclusive of service tax 8%. / Nota: Tidak termasuk cukai perkhidmatan 8%.											
OUTPATIENT CLINICAL (OPC) / RAWATAN KLINIKAL PESAKIT LUAR (OPC)											
Plan / Pelan	No. of Employee/ Bilangan Pekerja	No. of Spouse and Children Bilangan Pasangan dan Anak	Total Headcount Jumlah Bilangan Pekerja	Sub-total Premium/ Jumlah Kecil Premium (RM)							
1											
2											
Total Annual Premium (OPC) / Jumlah Premium Tahunan (OPC)											

TOTAL PREMIUM PAYABLE / JUMLAH PREMIUM PERLU DIBAYAR

	Total Premium / Jumlah Premium (RM)
Total Annual Premium GHS + OPC (if applicable) / <i>Jumlah Premium Tahunan GHS + OPC (jika berkenaan)</i>	
Service Tax (8%) / <i>Cukai Perkhidmatan (8%)</i>	
Stamp Duty / <i>Duti Setem</i>	
Total Payable / <i>Jumlah Perlu Dibayar</i>	

CHECKLIST / SENARAI SEMAKAN

I hereby declare that the Company / Agent has explained to me the important features as contained in the policy document, including the following:

1. Benefits payable under the policy.
2. Significant medical or technical exclusions or restrictions applicable.
3. Limits of Benefits (eg. Co-payment, deductible amounts, % of costs covered by the policy, residence overseas/overseas treatment etc).
4. Amount of premiums payable and the payable term.
5. Nature and extent of the Insurer's right to review and revise the premium payable, and the notice to be given to the Insured Person in the event of any revision.
6. Pre-existing illnesses, specific illnesses, qualifying periods and other relevant periods applicable.
7. For yearly renewable policy, whether policy renewal is guaranteed.
8. The likely implications of switching policy from one Insurer to another or transferring from one type of Hospital & Surgical plan to another.
9. The "cooling-off" period of 15 days will be given to me to review the suitability of this newly purchased policy. If I return the policy to the Insurer within 15 days from the date of issuance of the policy, I am entitled to a full refund of premium paid less the medical expenses incurred (RM50 or 10% of the gross premium whichever is lesser) by the Company.
10. The right of the Insurer to repudiate liability in the event that a prospective policy owner failed to disclose relevant information that would affect the decision of the Insurer to accept or reject the application and on the premiums and terms to be applied to the policy owner.

Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa Syarikat / Agen hendaklah menjelaskan kepada saya perkara-perkara penting seperti yang terkandung di dalam dokumen polisi termasuk yang berikut :

1. Faedah-faedah boleh dibayar di bawah polisi.
2. Pengecualian perubatan dan teknikal yang ketara atau sekatan yang ada.
3. Had-had faedah (contohnya pembayaran bersama, jumlah yang boleh ditolak, % ke atas kos yang dilindungi oleh polisi, kediaman / rawatan luar negara dan sebagainya).
4. Jumlah premium perlu dibayar dan syarat pembayaran.
5. Tatacara dan batas bagi hak Penginsurans untuk mengkaji dan mengubah premium yang perlu dibayar, dan notis yang perlu diberi untuk Orang yang Diinsuranskan ke atas apa-apa perubahan.
6. Penyakit sedia ada, penyakit tertentu, tempoh kelayakan dan lain-lain jangka masa relevan yang diberikan.
7. Untuk polisi yang diperbaharui setiap tahun, sama ada pembaharuan polisi adalah dijamin.
8. Implikasi-implikasi yang berkemungkinan terdapat penukaran polisi daripada satu Penginsurans kepada yang lain atau memindahkan daripada satu jenis pelan Hospital dan Pembedahan kepada yang lain.
9. "Tempoh bertenang" 15 hari akan diberikan kepada saya untuk pertimbangan tentang kesesuaian pembelian polisi baru ini. Jika saya mengembalikan polisi kepada Penginsurans dalam tempoh 15 hari daripada tarikh polisi ini dikeluarkan, saya berhak untuk mendapatkan pembayaran balik penuh premium yang dibayar ditolak daripada perbelanjaan perubatan yang dikenakan (RM 50 atau 10% daripada premium kasar yang mana-mana lebih kurang) oleh Syarikat.
10. Hak Penginsurans bagi menolak liabiliti dalam keadaan apabila bakal pemilik polisi gagal mendedahkan maklumat relevan yang boleh mempengaruhi keputusan Penginsurans untuk menerima atau menolak permohonan dan bagi premium dan terma-terma yang dikenakan ke atas pemilik polisi.

DECLARATION / PENGAKUAN

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 further acknowledge that I / we have read and understood the Product Disclosure Sheet and confirm that all the terms and conditions have been fully explained to me / us.

I/We apply to be enrolled in SME Group Health Insurance and 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 also confirm that I / we have read and understood the data protection notice above. I / We hereby agree and consent to the processing of the information that I / we have supplied herein and that such information may be used, processed and disclosed by MSIG Insurance (Malaysia) Bhd (MSIG) to individuals or organizations related to or associated with MS & AD Insurance Group (in and outside of Malaysia), including inter-departments within MSIG or any selected third party service providers such as insurance or reinsurance companies, broking firms, loss adjusting companies, claims or forensic investigation companies, law firms, credit reference companies, any service provider appointed by governing authority/association/federation of insurance companies or any corporate entities or governmental and judicial bodies or regulators to whom MSIG is obliged to disclose under the requirement of any law relating to MSIG or any of its affiliates or partners.

I/We further declare and confirm that I/we have obtained the consent of the person(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 requests 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/us 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 selanjutnya mengakui bahawa saya / kami telah membaca dan memahami Helaian Pendedahan Produk (PDS) dan mengesahkan bahawa semua terma dan syarat telah dijelaskan dengan jelas kepada saya / kami.

Saya / kami memohon untuk didaftarkan di dalam Insurans Kesihatan Berkumpulan SME dan sepanjang pengetahuan saya / kami mengesahkan bahawa segala kenyataan yang terkandung di dalam borang permohonan ini adalah benar dan betul dan saya / kami tidak menyembunyikan, tersalah nyata atau tersalah tafsir mana-mana 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 juga mengesahkan bahawa saya / kami telah membaca dan memahami notis perlindungan data di atas. Saya / Kami dengan ini bersetuju dan memberi keizinan untuk memproses maklumat yang saya / kami telah disediakan di sini dan bahawa maklumat tersebut boleh digunakan, diproses dan didedahkan oleh MSIG Insurance (Malaysia) Bhd (MSIG) kepada individu atau organisasi yang berkaitan atau dikaitkan dengan MS & AD Insurance Group (di dalam dan di luar Malaysia), termasuk antara jabatan dalam MSIG 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-syarikat insurans bersekutu atau mana-mana entiti korporat atau badan-badan kerajaan dan kehakiman atau pengawal selia dengan siapa MSIG dimestikan untuk mendedahkan di bawah keperluan mana-mana undang-undang berkaitan dengan MSIG atau mana-mana sekutu atau rakan kongsi.

Saya/Kami mengaku dan mengesahkan bahawa saya/kami telah memperolehi persetujuan daripada orang 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/kami 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.

Witnessed by / Disaksikan oleh

For and on behalf of Proposer /
Untuk dan bagi pihak Pencadang

Company stamp / Cop syarikat

Signature of Intermediary /
Tandatangan Pengantara

Name / Nama:

Date / Tarikh:

Signature of Authorised Officer /
Tandatangan Pegawai yang Diberi Kuasa

Name / Nama:

Date / Tarikh:

Privacy Notice: Kindly read our Privacy Notice at www.msig.com.my/privacy-notice/ for details. / **Notis Privasi:** Sila baca Notis Privasi kami di www.msig.com.my/privacy-notice/ untuk maklumat lanjut.

The insurance will not be in force until the proposal has been accepted by the Company. / Insurans ini tidak akan berkuat kuasa sehingga permohonan telah diterima oleh Syarikat.

Note: This form must be filled by the Employer. Please ensure that it is completed before submitting to MSIG Insurance (Malaysia) Bhd (MSIG) to avoid delay in processing.

Nota: Borang ini hendaklah diisi oleh Majikan. Sila pastikan bahawa borang ini diisi dengan lengkap dan sempurna sebelum dihantar kepada MSIG Insurance (Malaysia) Bhd (MSIG) untuk mengelakkan kelewatan dalam pemprosesan.

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.

SUPPLEMENTAL AGREEMENT / PERJANJIAN TAMBAHAN

THIS AGREEMENT is made the day of month year BETWEEN / PERJANJIAN INI dibuat pada hari bulan tahun ANTARA
Company Name / Nama Syarikat

(hereinafter referred to as the "POLICYHOLDER") of the one part and MSIG Insurance (Malaysia) Bhd (hereinafter referred to as the "COMPANY") of the other part.

(selepas ini dirujuk sebagai "PEMEGANG POLISI") sebagai satu pihak dan MSIG Insurance (Malaysia) Bhd (selepas ini dirujuk sebagai "SYARIKAT") sebagai pihak yang satu lagi.

WHEREAS

1. The POLICYHOLDER has purchased from the COMPANY a SME Group Health Insurance and any subsequent Renewal thereof (hereinafter referred to as the "POLICY") for their employees and/or dependants (hereinafter referred to as the "INSURED").

2. Pursuant to the terms of the said POLICY, the COMPANY undertakes to pay or reimburse medical expenses incurred by the INSURED arising from confinement at a hospital or treatment received at a clinic or other healthcare provider situated in Malaysia, subject to the terms, conditions and limits of the POLICY.

NOW THIS DEED WITNESSETH as follows:

In consideration of the COMPANY providing a Letter of Guarantee and/or cashless facility to a hospital, clinic or healthcare provider in connection with the provision of medical treatment and/or healthcare services to the INSURED and the necessity of settling any amount not payable under the POLICY,

The POLICYHOLDER HEREBY AGREES to indemnify the COMPANY upon presentation of an account from the COMPANY:

- a) Any or all amount(s) paid by the COMPANY to the hospital, clinic or healthcare provider which are not payable under the terms and conditions of the POLICY notwithstanding that the POLICYHOLDER or the INSURED was entitled to reimbursement from any other source of indemnity for the said expenses or that the said expenses or charges are the subject matter of a pending litigation or proceedings between the hospital, clinic or healthcare provider and the POLICYHOLDER or the INSURED.
- b) The POLICYHOLDER is to pay the COMPANY any or all such amount(s) within thirty (30) days from the date of demand for payment, failing which the COMPANY reserves the right at its absolute discretion to refuse, withdraw and/or suspend the issuance and/or continuance of the Letter of Guarantee and/or cashless facility.

PROVIDED ALWAYS:

- a) the COMPANY shall not be liable to the POLICYHOLDER or the INSURED in the event that the Letter of Guarantee and/or cashless facility provided by the COMPANY is not accepted by the hospital, clinic or healthcare provider for whatever reason;
- b) the COMPANY reserves the right at its absolute discretion to refuse, withdraw and/or suspend the issuance and/or continuance of the Letter of Guarantee and/or cashless facility by providing a reason;
- c) subject only to the variations, modifications and additions to the POLICY as provided in this Supplemental Agreement, the POLICY and all terms and conditions contained therein shall remain in full force and effect. The POLICY and this Supplemental Agreement shall be read and construed as one document and shall be enforceable accordingly as if this Supplemental Agreement had originally formed part of the POLICY.

MEMANDANGKAN

1. PEMEGANG POLISI telah membeli daripada SYARIKAT Insurans Kesihatan Berkumpulan SME dan apa-apa Pembaharuan berikutnya (selepas ini dirujuk sebagai "POLISI") untuk pekerja dan/atau tanggungan pekerja (selepas ini dirujuk sebagai "PIHAK DIINSURANSKAN").

2. Menurut terma POLISI tersebut, SYARIKAT berjanji akan membayar atau membayar balik perbelanjaan perubatan yang ditanggung oleh PIHAK DIINSURANSKAN akibat daripada penghospitalan atau rawatan yang diterima di klinik atau mana-mana penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan yang berada di Malaysia, tertakluk kepada terma, syarat dan had POLISI.

MAKA DENGAN INI DIPERSETUJUI seperti yang berikut:

Sebagai pertimbangan kepada SYARIKAT dalam menyediakan Surat Jaminan dan/atau kemudahan tanpa tunai kepada pihak hospital, klinik atau penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan berhubung dengan penyediaan rawatan perubatan dan/atau perkhidmatan penjagaan kesihatan kepada ORANG DIINSURANSKAN dan keperluan untuk menjelaskan sebarang amaun yang tidak dibayar di bawah POLISI ini,

MAKA PEMEGANG POLISI DENGAN INI BERSETUJU untuk membayar kepada SYARIKAT apabila SYARIKAT membentangkan akaunnya:

- a) Apa-apa atau semua amaun yang dibayar oleh SYARIKAT kepada hospital, klinik atau penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan yang tidak perlu dibayar di bawah terma dan syarat POLISI meskipun PEMEGANG POLISI atau PIHAK DIINSURANSKAN berhak kepada pembayaran balik daripada mana-mana sumber bayaran lain untuk perbelanjaan tersebut, atau perbelanjaan atau caj tersebut merupakan subjek dalam litigasi atau prosiding yang belum selesai antara pihak hospital, klinik atau penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan dan PEMEGANG POLISI atau PIHAK DIINSURANSKAN.
 - b) PEMEGANG POLISI akan membayar kepada SYARIKAT apa-apa atau semua amaun sedemikian dalam masa tiga puluh (30) hari dari tarikh tuntutan pembayaran, yang mana sekiranya gagal SYARIKAT berhak menurut budi bicara mutlaknyanya menolak, menarik balik dan / atau menggantung pengeluaran dan / atau penerusan Surat Jaminan dan/atau kemudahan tanpa tunai.
- DENGAN SYARAT BAHAWA:**
- a) SYARIKAT tidak berkewajipan kepada PEMEGANG POLISI atau PIHAK DIINSURANSKAN seandainya Surat Jaminan dan atau kemudahan tanpa tunai yang disediakan oleh SYARIKAT tidak diterima oleh hospital, klinik atau penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan untuk apa jua sebab;
 - b) SYARIKAT berhak menurut budi bicara mutlaknyanya menolak, menarik balik dan / atau menggantung pengeluaran dan / atau penerusan Surat Jaminan dan/atau kemudahan tanpa tunai dengan memberikan sebab;
 - c) tertakluk hanya kepada perubahan, pengubahsuaian dan penambahan kepada POLISI sebagaimana diperuntukkan dalam Perjanjian Tambahan ini, POLISI dan semua terma dan syarat yang terkandung di dalamnya akan kekal berkuat kuasa penuh. POLISI tersebut dan Perjanjian Tambahan ini hendaklah dibaca dan ditafsirkan sebagai satu dokumen dan akan dikuatkuasakan sewajarnya seolah-olah Perjanjian Tambahan ini merupakan sebahagian daripada POLISI asal.

Dated the day of month year.

Signed for and on behalf of:

Bertarikh hari bulan tahun.

Ditandatangani untuk dan bagi pihak:

Company Name / *Nama Syarikat*

MSIG Insurance (Malaysia) Bhd

Name / *Nama* :

Name / *Nama* :

Designation / *Jawatan*:

Designation / *Jawatan*:

Company Stamp / *Cop Syarikat*:

Company Stamp / *Cop Syarikat*:

Witnessed by / *Disaksikan oleh*:

Witnessed by / *Disaksikan oleh*:

Name / *Nama* :

Name / *Nama* :

Important Note:

This Supplemental Agreement shall apply only to policies issued under the Cashless Option.

This Supplemental Agreement shall only be completed and executed after the proposal has been accepted by MSIG Insurance (Malaysia) Bhd and the relevant policy has been issued. It must not be signed or executed together with the Proposal Form.

Nota Penting:

Perjanjian Tambahan ini hanya terpakai kepada polisi yang dikeluarkan di bawah Pilihan Tanpa Tunai.

Perjanjian Tambahan ini hendaklah dilengkapkan dan disempurnakan hanya selepas cadangan insurans diterima oleh MSIG Insurance (Malaysia) Bhd dan polisi yang berkaitan telah dikeluarkan. Perjanjian ini tidak boleh ditandatangani atau disempurnakan bersama-sama dengan borang cadangan.

**GUIDELINES FOR POLICYHOLDER / GARIS PANDUAN UNTUK PEMEGANG POLISI
(To be Attached to and Read Together with the Supplemental Agreement) /
(Untuk Dilampirkan dan Dibaca Bersama dengan Perjanjian Tambahan)**

1. Our Letter of Guarantee and/or cashless facility is only valid at participating panel hospitals, clinics and healthcare providers in Malaysia. For treatment obtained from non-panel hospitals, clinics or healthcare providers, medical expenses must first be paid by the claimant and any reimbursement shall be subject to the terms and conditions of the Policy.
2. The Policyholder or the Insured Person shall be liable for any claims excess (being the difference between the amount incurred and the benefits payable under the Policy).
3. Should an Insured Employee cease employment while a Guarantee Letter remains in force, the Policyholder must promptly notify MSIG Insurance (Malaysia) Bhd to review benefit eligibility and any necessary recovery action.

1. Surat Jaminan dan/atau kemudahan tanpa tunai kami hanya sah di hospital, klinik dan penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan panel di Malaysia sahaja. Untuk rawatan yang diterima dari hospital, klinik atau penyedia perkhidmatan penjagaan kesihatan bukan panel, perbelanjaan perubatan hendaklah dibayar terlebih dahulu oleh pemohon tuntutan dan sebarang pembayaran balik akan tertakluk kepada terma dan syarat Polisi.
2. Pemegang Polisi atau Orang yang Diinsuranskan hendaklah bertanggungjawab terhadap sebarang lebihan tuntutan (iaitu perbezaan antara amaun ditanggung dan manfaat yang perlu dibayar di bawah Polisi).
3. Sekiranya Pekerja yang Diinsuranskan tidak lagi berada dalam perkhidmatan semasa Surat Jaminan masih berkuat kuasa, Pemegang Polisi hendaklah segera memaklumkan MSIG Insurance (Malaysia) Bhd untuk menyemak kelayakan manfaat serta mengambil sebarang tindakan pemulihan yang diperlukan.