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

PRIME PERSONAL ACCIDENT INSURANCE PROPOSAL FORM
BORANG CADANGAN INSURANS KEMALANGAN DIRI PRIME

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.

CHOICE OF PLAN AND ANNUAL PREMIUM (PLEASE TICK ✓) / *PELAN PILIHAN DAN PREMIUM TAHUNAN (SILA TANDA ✓)*

Part 1: Main Benefits / *Bahagian 1: Manfaat Utama*

Insured Person / *Orang Yang Diinsuranskan*	Proposer *Pencadang*	Spouse *Pasangan*	First Child *Anak Pertama*	Second Child *Anak Kedua*	Third Child *Anak Ketiga*
Occupation Class / *Kelas Pekerjaan*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Plan / *Pelan*	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I
Annual Premium / *Premium Tahunan (RM)*					

Total Annual Premium for Part 1 / *Jumlah Premium Tahunan untuk Bahagian 1 (RM)* _____

Part 2: Optional Add-Ons / *Bahagian 2: Perlindungan Tambahan Opsyenal*

Optional Benefits *Manfaat-manfaat Pilihan* ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak* If no, please skip this part / *Jika tidak, sila abaikan bahagian ini*

Insured Person / *Orang Yang Diinsuranskan*	Proposer *Pencadang*	Spouse *Pasangan*	First Child *Anak Pertama*	Second Child *Anak Kedua*	Third Child *Anak Ketiga*
Assisted Living / *Kehidupan Berbantu*	☐ 1 ☐ 2	☐ 1 ☐ 2	☐ 1 ☐ 2	☐ 1 ☐ 2	☐ 1 ☐ 2
Traditional Chinese Medicine / *Perubatan Tradisional Cina*	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Weekly Benefit / *Manfaat Mingguan*	☐ Yes / *Ya*	☐ Yes / *Ya*	Not Applicable / *tidak berkenaan*	Not Applicable / *tidak berkenaan*	Not Applicable / *tidak berkenaan*
Annual Premium / *Premium Tahunan (RM)*					

Total Annual Premium for Part 2 / *Jumlah Premium Tahunan untuk Bahagian 2 (RM)* _____

Add Stamp Duty (per policy) / *Tambah Duti Setem (setiap polisi) (RM)* _____

Total Premium Payable (Part 1 + Part 2 + Stamp Duty)
Jumlah Bayaran Premium (Bahagian 1 + Bahagian 2 + Duti Setem) (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 | Usual Country of Residence / *Negara Bermastautin*

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*

Tax Identification Number (TIN) / *Nombor Pengenalan Cukai (TIN)*

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

Are you to be insured under this insurance? / *Adakah anda akan diinsuranskan di bawah insurans ini?* ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

Period of Cover / *Tempoh Perlindungan*

From / *Dari* D D / M M / Y Y To / *Hingga* D D / M M / Y Y

PARTICULARS OF INSURED SPOUSE AND CHILDREN /
BUTIR-BUTIR PASANGAN DAN KANAK-KANAK YANG DIINSURANSKAN

1. Name of Spouse (Underline Surname) / *Nama Pasangan (Gariskan Nama Keluarga)* ☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*

I.C. No. (New) / Passport No. / *No. K.P. (Baharu) / No. Pasport* | Date of Birth / *Tarikh Lahir* D D / M M / Y Y | Usual Country of Residence / *Negara Bermastautin*

Occupation (Exact Duties) / *Pekerjaan (Tugas Sebenar)*

2. Name of Child (Underline Surname) / *Nama Anak (Gariskan Nama Keluarga)* ☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*

I.C. No. (New) / Passport No. / *No. K.P. (Baharu) / No. Pasport* | Date of Birth / *Tarikh Lahir* D D / M M / Y Y

3. Name of Child (Underline Surname) / *Nama Anak (Gariskan Nama Keluarga)* ☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*

I.C. No. (New) / Passport No. / *No. K.P. (Baharu) / No. Pasport* | Date of Birth / *Tarikh Lahir* D D / M M / Y Y

4. Name of Child (Underline Surname) / *Nama Anak (Gariskan Nama Keluarga)* ☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*

I.C. No. (New) / Passport No. / *No. K.P. (Baharu) / No. Pasport* | Date of Birth / *Tarikh Lahir* D D / M M / Y Y

Please use a separate proposal form if you wish to include additional dependants.
Sila gunakan borang cadangan berasingan jika anda ingin menginsuranskan lebih ramai tanggungan.

NOMINATION / *PENAMAAN*

I hereby nominate the following as nominee(s) / *Di sini saya menamakan penama di bawah:*

Name of Nominee *Penama*	Address *Alamat*	I.C. No. (New) / Passport No. *No. K.P. (Baharu) / No. Pasport*	Date of Birth *Tarikh Lahir*	Relationship *Hubungan*	% Of Share *% Perkongsian*

The above nomination is for Proposer only. For Insured Spouse and Children who wish to make nomination, if any, please go to MSIG Website - www.msig.com.my to download the Personal Accident Insurance Nomination Form. You may contact MSIG or your Insurance Adviser for more details.

Penamaan di atas adalah untuk Pencadang sahaja. Bagi Pasangan dan Kanak-Kanak yang ingin membuat penamaan, jika ada, sila pergi ke Laman Web MSIG - www.msig.com.my untuk memuat turun Borang Penamaan Untuk Insurans Kemalangan Diri. Anda boleh menghubungi MSIG atau Penasihat Insurans anda untuk maklumat lanjut.

Declaration by Proposer/Insured

I declare and confirm that I have obtained the consent of the nominee(s) named herein and that he/she has authorised me to disclose his/her personal information on his/her behalf.

Pengakuan oleh Pencadang/Pihak Diinsuranskan

Saya mengaku dan mengesahkan bahawa saya telah memperolehi persetujuan penama yang dinamakan di sini dan yang beliau telah membenarkan saya mendedahkan maklumat peribadi beliau bagi pihak beliau.

Signature of Proposer/Insured *Tandatangan Pencadang/Pihak Diinsuranskan*	Date / *Tarikh*	Name of Proposer/Insured *Nama Pencadang/Pihak Diinsuranskan*

Declaration by Witness

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.

Pengakuan oleh Saksi

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 penyelia 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 mengawal selia dengan siapa Syarikat dimestikan untuk mendedahkan di bawah keperluan mana-mana undang-undang berkaitan dengan Syarikat atau mana-mana sekutu atau rakan kongsi.

Signature of Witness* *Tandatangan Saksi**	Date / *Tarikh*	Name of Witness* / *Nama Saksi**	I.C No. (New) / Passport No. / *No. K.P. (Baharu) / No. Pasport*

Important Notes:-

(a) Pursuant to **Paragraph 2(1) of Schedule 10 of the Financial Services Act 2013**, a policy owner who has attained the age of sixteen (16) years may nominate an individual to receive policy moneys payable under his policy upon his death.

(b) *Pursuant to **Paragraph 2(3) of Schedule 10 of the Financial Services Act 2013**, the above nomination shall be witnessed by a witness who must be eighteen (18) years old and above and of sound mind and not the nominee stated above.

(c) Pursuant to **Paragraph 5(1) of Schedule 10 of the Financial Services Act 2013**, a nomination made by a non-Muslim policy owner shall create a trust in favour of the nominee of the policy moneys payable upon the death of the policy owner, if - (a) the nominee is his spouse or child; or (b) the nominee is his parent (if there is no spouse or child living at the time making the nomination).

(d) Pursuant to **Paragraph 2(4)(a) of Schedule 10 of the Financial Services Act 2013**, the policy owner has to assign the policy benefits to his nominee if his intention for his nominee, other than his spouse, child or parent, to receive the policy benefits beneficially and not as an executor.

(e) A nominee of a Muslim policy owner upon receipt of the policy moneys shall distribute the policy moneys in accordance with Islamic law.

(f) For full details about the power to make nomination, revocation of nomination, trust of policy moneys, payment of policy moneys where there is nomination and et cetera, you are advised to refer to **Paragraph 1 to 13 of Schedule 10 of the Financial Services Act 2013.**

Nota Penting:-

*(a) Menurut **Perenggan 2(1) Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013**, pemunya polisi yang telah mencapai umur enam belas (16) tahun boleh menamakan seseorang individu untuk menerima wang polisi yang perlu dibayar di bawah polisinya selepas kematiannya.*

*(b) *Menurut **Perenggan 2(3) Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013**, penamaan di atas hendaklah disaksikan oleh seorang saksi yang mesti berumur lapan belas (18) tahun dan ke atas dan yang sempurna akal dan bukan seorang penama yang dinyatakan di atas.*

*(c) Menurut **Perenggan 5(1) Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013**, suatu penamaan yang dibuat oleh pemunya polisi yang bukan beragama Islam hendaklah mewujudkan suatu amanah atas penama bagi wang polisi yang kena dibayar atas kematian pemunya polisi, sekiranya - (a) penama itu adalah suaminya atau isterinya, atau anaknya; atau (b) penama itu adalah ibu bapanya (jika tiada suami atau isteri atau anak yang masih hidup pada masa membuat penamaan).*

*(d) Menurut **Perenggan 2(4)(a) Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013**, pemunya polisi perlu menyerahhakkan manfaat polisi itu kepada penamanya sekiranya niatnya adalah bagi penamanya, selain suaminya atau isterinya, anaknya atau ibu bapanya, untuk menerima manfaat polisi itu secara benefisial dan bukan sebagai wasi.*

(e) Seorang penama pemunya polisi yang beragama Islam apabila menerima wang polisi hendaklah mengagihkan wang polisi mengikut undang-undang Islam.

*(f) Untuk maklumat lengkap tentang kuasa untuk membuat penamaan, pembatalan penamaan, amanah wang polisi, pembayaran wang polisi jika terdapat penamaan dan sebagainya, anda dinasihatkan untuk merujuk kepada **Perenggan 1 hingga 13 Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013.***

GENERAL QUESTIONS / *SOALAN-SOALAN AM*

Please answer all questions. Any question left unanswered or otherwise answered incomplete may delay the acceptance of your insurance. The questions apply to any one named in this proposal form. If the answer is "Yes" to any of the questions, please provide details of the illness/injury, treatment/advice given, when identified and treated, duration, nature of treatment and current condition of you and any one named in this proposal form.

Sila jawab semua soalan. Sebarang soalan yang tidak dijawab atau dijawab dengan tidak lengkap akan menyebabkan kelewatan dalam penerimaan insurans anda. Soalan-soalan dikemukakan kepada mana-mana satu penama di dalam borang cadangan ini. Jika jawapannya "Ya" kepada mana-mana soalan, sila berikan butir-butir penyakit/kecederaan, rawatan/nasihat yang telah diberikan, bila dikenal pasti dan dirawat, jangka masa, jenis rawatan dan keadaan terkini anda dan mana-mana satu penama di dalam borang cadangan ini.

1. Have you and/or any person named in this proposal form ever shown indications of, suffer from, been treated for, or been prescribed medication for any of the following?
   Adakah anda dan/atau mana-mana orang yang dinamakan di dalam borang cadangan ini pernah menunjukkan tanda-tanda, mengalami, menjalani rawatan bagi, atau telah ditetapkan ubat untuk mana-mana daripada keadaan yang berikut?
   a. High blood pressure, a stroke, a heart condition or other circulatory disorder? / *Tekanan darah tinggi, strok, penyakit jantung atau gangguan peredaran darah yang lain?*
      ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
   b. Slipped disc, back pain or other spinal disorder? / *Cakera teranjak, sakit belakang atau gangguan tulang belakang yang lain?*
      ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
   c. Diabetes? / *Kencing manis?*
      ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
   d. Sight or hearing? / *Penglihatan atau pendengaran?*
      ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
   e. Nervous system or fits? / *Sistem saraf atau sawan?*
      ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
   f. Any other condition or injury requiring medical advice or treatment during the past 3 years or which require future treatment? / *Apa-apa keadaan lain atau kecederaan yang memerlukan nasihat perubatan atau rawatan dalam tempoh 3 tahun yang lalu atau yang memerlukan rawatan pada masa hadapan?*
      ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

_____

_____

2. Do you and/or any person named in this proposal form engage in the following sports or pastimes?
Adakah anda dan/atau mana-mana orang yang dinamakan di dalam borang cadangan ini terlibat di dalam sukan atau kegiatan masa lapang yang berikut?

a. Aerial sports / *Sukan udara*	☐ Yes / *Ya*	☐ No / *Tidak*
b. Horse-riding / *Menunggang kuda*	☐ Yes / *Ya*	☐ No / *Tidak*
c. Winter sports / *Sukan musim sejuk*	☐ Yes / *Ya*	☐ No / *Tidak*
d. Martial arts / *Seni mempertahankan diri*	☐ Yes / *Ya*	☐ No / *Tidak*
e. Any form of body contact sports / *Apa-apa jenis sukan yang melibatkan sentuhan badan*	☐ Yes / *Ya*	☐ No / *Tidak*

_____

_____

3. Have you and/or any person named in this proposal form made a claim against any insurer in respect of any accidental bodily injury during the past 3 years?
Adakah anda dan/atau mana-mana orang yang dinamakan di dalam borang cadangan ini pernah membuat tuntutan terhadap mana-mana penanggung insurans berkenaan dengan sebarang kecederaan badan akibat kemalangan dalam tempoh 3 tahun yang lalu?
☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

_____

_____

4. Has any application of yours and/or any person named in this proposal form for life, injury or illness insurance been declined, cancelled, refused renewal or subjected to special terms or increased premium by any other insurance company?
Pernahkah permohonan insurans hayat, kecederaan atau penyakit anda dan/atau mana-mana orang yang dinamakan di dalam borang cadangan ini pernah ditolak, dibatalkan, tidak diperbaharui atau tertakluk kepada terma khas atau premium ditingkatkan oleh mana-mana syarikat insurans lain?
☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

_____

_____

5. Do you and/or any person named in this proposal form presently possess any Personal Accident insurance policy with any other insurance company?
Adakah anda dan/atau mana-mana orang yang dinamakan di dalam borang cadangan ini pada masa ini mempunyai sebarang polisi insurans kemalangan diri dengan mana-mana syarikat insurans lain?

Insured Person *Individu yang Diinsuranskan*	Company *Syarikat*	Life *Hayat* (RM)	Accident/Illness *Kemalangan/Penyakit* (RM)	Date Issued *Tarikh Diisukan*

6. Do you and/or any person named in this proposal form suffer from any physical impairment, infirmity or abnormality or congenital conditions?
Adakah anda dan/atau mana-mana orang yang dinamakan di dalam borang cadangan ini mengalami kecacatan fizikal, keuzuran atau keadaan keabnormalan kongenital?
☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

_____

_____

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

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/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. 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*

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.*