

LONPAC INSURANCE BHD

199401021735 (307414-T)

Head Office : LG, 6th, 7th, 21st to 26th Floor, Bangunan Public Bank, 6, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur, Malaysia.
P.O. Box 10708, 50722 Kuala Lumpur, Malaysia.
Tel: (03) 2262 8688, 2723 7888 Fax: (03) 2715 1332
Website: lonpac.com



HOSPITAL & SURGICAL INSURANCE PROPOSAL FORM BORANG CADANGAN INSURANS PENGHOSPITALAN & PEMBEDAHAN

IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING

Consumer Insurance Contract

Pursuant to Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this Insurance wholly for yourself/family/dependants, you have a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this Proposal Form. You must answer the questions in this Proposal Form fully and accurately.

Failure to take reasonable care in answering the questions may result in avoidance of your contract of insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your contract of insurance.

The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us.

In addition to answering the questions in this Proposal Form, you are required to disclose any other matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied.

You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in this Proposal Form is inaccurate or has changed.

Kontrak Insurans Pengguna

Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon Insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggungannya, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini. Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini dengan lengkap dan tepat.

Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans anda, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda.

Kewajipan pendedahan di atas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

Sebagai tambahan kepada soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini, anda dikehendaki untuk mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan.

Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

Non-Consumer Insurance Contract

Pursuant to Paragraph 4(1) of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this Insurance for the purpose of providing insurance benefits to your employees and their family/dependants, you have a duty to disclose any matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied and any matter a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant, otherwise it may result in avoidance of your contract of insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your contract of insurance.

The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us.

You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in this Proposal Form is inaccurate or has changed.

Kontrak Insurans Komersial

Menurut Perenggan 4(1) daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon Insurans ini untuk memberi manfaat insurans kepada pekerja dan keluarga/tanggungannya mereka, anda berkewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan, dan apa-apa perkara yang munasabah yang boleh dijangka, jika tidak ia boleh menyebabkan pembatalan kontrak insurans, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda.

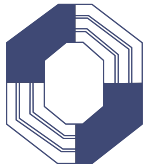
Kewajipan pendedahan di atas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

PRIVACY POLICY / POLISI PRIVASI

For information on our privacy policy, please visit our website www.lonpac.com/home/privacy-policy

Bagi maklumat mengenai polisi privasi kami, sila lawat laman web kami www.lonpac.com/home/privacy-policy



LONPAC INSURANCE BHD

199401021735 (307414-T)

Head Office : LG, 6th, 7th, 21st to 26th Floor, Bangunan Public Bank, 6, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur, Malaysia.
P.O. Box 10708, 50722 Kuala Lumpur, Malaysia.
Tel: (03) 2262 8688, 2723 7888 Fax: (03) 2715 1332
Website: lonpac.com



HOSPITAL & SURGICAL INSURANCE PROPOSAL FORM BORANG CADANGAN INSURANS PENGHOSPITALAN & PEMBEDAHAN

Please complete this form using capital letters / Sila isikan borang ini dengan menggunakan huruf besar.

Agency A/C No.:

No. Akaun Agensi: _____

Type of Application:
Jenis Permohonan

New Application
Permohonan Baru

Change Plan upon Renewal of Policy No.:
Tukar Pelan semasa Pembaharuan Polisi No.: _____

Type of Product / Jenis Produk: (If you are applying for more than one (1) product, please fill-up separate Proposal Form for each of the product / Sekiranya anda memohon lebih daripada satu (1) produk, sila isi Borang Cadangan yang berasingan untuk setiap produk).

MediSaversVIP Prime	Basic Cover / Perlindungan Asas:	Premium Payment Frequency / Kekerapan Bayaran Premium:
	<input type="checkbox"/> Plan 500 / Pelan 500 <input type="checkbox"/> Plan 300 / Pelan 300	<input type="checkbox"/> Yearly / Tahunan <input type="checkbox"/> Monthly / Bulanan
	<input type="checkbox"/> Plan 200 / Pelan 200 <input type="checkbox"/> Plan 150 / Pelan 150	Note / Nota: Premium paid on a monthly premium frequency will be higher than yearly premium. Pembayaran premium secara bulanan akan lebih daripada premium tahunan.
	Optional Top-Up Insurance / Pilihan Insurans Tambahan:	
<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak		
Optional Deductible / Pilihan Deduktibel:		
<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak		
Deductible Amount / Amaun Deduktibel:		
<input type="checkbox"/> RM3,000 <input type="checkbox"/> RM6,000 <input type="checkbox"/> RM10,000		

PHM MediSavers 2018	Basic Cover / Perlindungan Asas:	Premium Payment Frequency / Kekerapan Bayaran Premium:
	<input type="checkbox"/> Plan 1 / Pelan 1 <input type="checkbox"/> Plan 2 / Pelan 2	<input type="checkbox"/> Yearly / Tahunan <input type="checkbox"/> Monthly / Bulanan
	Optional Top-Up Insurance / Pilihan Insurans Tambahan:	Note / Nota: Premium paid on a monthly premium frequency will be higher than yearly premium. Pembayaran premium secara bulanan akan lebih daripada premium tahunan.
	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	

PHM MediBooster	<input type="checkbox"/> Plan 1 / Pelan 1 <input type="checkbox"/> Plan 2 / Pelan 2 <input type="checkbox"/> Plan 3 / Pelan 3
------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Details of Proposer / Butir-butir Pencadang

Name (As in New NRIC/Passport/Company Registration):

Nama (Seperti dalam K.P. Baru/Pasport/Pendaftaran Syarikat): _____

New NRIC/Passport/Company Registration No.:

No. K.P. Baru/Pasport/Pendaftaran Syarikat: _____

Date of Birth:

Tarikh Lahir: _____
(dd/mm/yyyy / hh/bb/tttt)

Nationality:

Warganegara: _____

Address:

Alamat: _____

Postcode / Poskod: _____

Gender:

Jantina:

Male
Lelaki

Female
Perempuan

Race:

Bangsa:

Malay
Melayu

Chinese
Cina

Indian
India

Others
Lain-lain

Marital Status:

Taraf Perkahwinan:

Single
Bujang

Married
Berkahwin

Divorced
Berceraai

Widow
Balu

Widower
Duda

Telephone No.:

No. Telefon: _____

Mobile Phone:

Telefon Bimbit: _____

Email:

Emel: _____

Occupation:

Pekerjaan: _____

Details of Person to be Insured / Butir-butir Orang yang akan Diinsuranskan

Relationship to Proposer: Self Husband Wife Child Parent Employee
Perhubungan dengan Pencadang: Sendiri Suami Isteri Anak Ibu Bapa Pekerja

Name (As in New NRIC/Passport):
Nama (Seperti dalam K.P. Baru/Pasport): _____

New NRIC/Passport No.: _____ Date of Birth: _____ Nationality: _____
*No. K.P. Baru/Pasport: _____ Tarikh Lahir: _____ Warganegara: _____
 (dd/mm/yyyy / hh/bb/tttt)*

Gender: Male Female Race: Malay Chinese Indian Others
Jantina: Lelaki Perempuan Bangsa: Melayu Cina India Lain-lain

Height (cm): _____ Weight (kg): _____ Fulltime Student?: Yes No
Tinggi (sm): _____ Berat (kg): _____ Pelajar Sepenuh Masa?: Ya Tidak

Marital Status: Single Married Divorced Widow Widower
Taraf Perkahwinan: Bujang Berkahwin Bercerai Balu Duda

Occupation / Pekerjaan: _____
 Please state job description / *Sila nyatakan huraian kerja:* _____

Please tick the relevant box below / *Sila tandakan kotak berkenaan dibawah:*

<input type="checkbox"/> Non-manual, administrative or clerical work <i>Kerja bukan manual, pentadbiran atau perkeranian</i>	<input type="checkbox"/> Involves in the use of power tools <i>Melibatkan penggunaan alat kuasa</i>
<input type="checkbox"/> Work of a supervisory nature or work which involves frequent travelling but not involve in manual work <i>Kerja-kerja pengawasan atau kerja yang melibatkan perjalanan yang kerap tetapi tidak terlibat dalam kerja manual</i>	<input type="checkbox"/> Involves in operating heavy equipment <i>Melibatkan dalam mengendalikan peralatan berat</i>
<input type="checkbox"/> Involve occasional or regular manual work or use of manual tools <i>Melibatkan dalam kerja manual yang kerap atau biasa atau menggunakan alat manual</i>	<input type="checkbox"/> Off-shore related work or air crew or ship crew <i>Kerja berkaitan luar pantai atau krew udara atau krew kapal</i>
	<input type="checkbox"/> Member of the armed forces or uniformed personnel <i>Anggota angkatan bersenjata atau kakitangan berseragam</i>

Health Declaration of Person to be Insured / Pengakuan Kesihatan Orang yang akan Diinsuranskan

Note / Nota: Please answer the following questions / *Sila jawab soalan berikut:*

	Yes Ya	No Tidak
--	-----------	-------------

1. Is the person to be insured currently insured under any health insurance policy with us or with other insurance company? If yes, please provide details as below:
Adakah orang yang akan diinsuranskan kini dilindungi dibawah insurans kesihatan dengan kami atau dengan syarikat insurans lain? Jika 'Ya', sila berikan butiran seperti dibawah:

Insurance Company / Syarikat Insurans	Claims Information (if any) / Informasi Tuntutan (jika ada)	
	Type of Disability (Illness/Injury) <i>Jenis Ketidakupayaan (Penyakit/Kecederaan)</i>	Year Claim Made <i>Tahun Tuntutan Dibuat</i>

If this space is insufficient, please write on a separate sheet of paper / *Jika ruang tidak mencukupi, sila tulis di helaian kertas yang berasingan.*

2. Has the person to be insured ever had any application or renewal for health policy declined, restricted or accepted at other than normal terms? If 'Yes', please provide details as below:
Adakah permohonan insurans kesihatan atau pembaharuan polisi kesihatan untuk orang yang akan diinsuranskan pernah ditolak, atau diterima dengan terma yang luar biasa? Jika 'Ya', sila berikan butiran seperti dibawah:

Insurance Company / Syarikat Insurans	Reason(s) / Sebab

If this space is insufficient, please write on a separate sheet of paper / *Jika ruang tidak mencukupi, sila tulis di helaian kertas yang berasingan.*

3. Has the person to be insured ever: / *Adakah orang yang akan diinsuranskan pernah:*

a) Had any physical defect, hereditary disease, infirmity or congenital conditions? <i>Mengalami apa-apa kecacatan fizikal, penyakit keturunan, keuzuran atau penyakit kongenital?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Been under observation or receiving treatment or taking any medication? <i>Berada dalam pemerhatian atau menerima rawatan atau sedang mengambil apa-apa ubat?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Undergone any surgical operation or been advised to have a surgical operation which has not been performed? <i>Menjalani apa-apa pembedahan atau dinasihatkan untuk menjalani pembedahan yang belum dilakukan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yes
Ya No
Tidak

4. Has the person to be insured ever suffered from or been treated for any of the following:
Adakah orang yang akan diinsuranskan pernah menderita atau dirawat untuk mana-mana yang berikut:

- (a) Arthritis, Rheumatism, Cancer, Malignant Blood/Leukemia, Diabetes, Fits, Epilepsy, Hepatitis, Heart Attack, Stroke, Thyroid, Maculopathy, Psoriasis, Mental or Nervous Disorder, AIDS or AIDS related Conditions, Sexually Transmitted Diseases.
Artritis, Reumatisma, Kanser, Malignan Darah/Leukemia, Diabetis, Sawan, Epilepsi, Hepatitis, Serangan Jantung, Strok, Tiroid, Makulopati, Psoriasis, Penyakit Mental atau Saraf, AIDS atau lain-lain Penyakit berkaitan dengan AIDS, Penyakit yang berjangkit melalui Seks.
- (b) Rheumatic Fever, Asthma, Bronchitis, Pneumonia, Persistent Cough, Spitting of Blood, Pleurisy, Tuberculosis, Colic, Persistent Abdominal or Gastric Pain, Ulcer, Haemorrhoid, Hernia, Cholecystitis, Stone in Urinary or Biliary System, Jaundice, Persistent Headache, Recurrent Dizziness, Shortness of Breath, Palpitations, Chest Pain, High or Low Blood Pressure, High Cholesterol, Sugar or Blood in Urine, Anemia.
Demam Reumatik, Asma, Bronkitis, Radang Paru-paru, Batuk Berterusan, Ludah Berdarah, Radang Pleura, Tibi, Kolik, Sakit Perut atau Gastrik yang Berterusan, Ulser, Buasir, Hernia, Kolesistitis, Batu Karang dalam Saluran Kencing atau Sistem Empedu, Penyakit Kuning, Sakit Kepala yang Berterusan, Pening Berulangan, Sesak Nafas, Palpitasi, Sakit Dada, Tekanan Darah Tinggi atau Rendah, Kolesterol Tinggi, Kandungan Gula atau Darah dalam Air Kencing, Anemia.
- (c) Sciatica, Slipped disc, Gout, Back Pain, Spine, Muscles, Bones, Joints or Knee Disorder, Eczema, Skin Disease, Cataract, Glaucoma, Retinal Detachment or any Other Disease of Eyes, Ears, Nose, Mouth or Throat Disease, Goiter, Glands or Endocrine System Disease, Tumour, Cyst, Nodule, Polyp, Lump or Growth of Any Kind in any Organ System, Prostate Enlargement, Disease of Male Genital System.
Skiatika, Tergelincir Cakera, Gout, Sakit Belakang, Penyakit Tulang Belakang, Otot, Tulang, Sendi atau Lutut, Eczema, Penyakit Kulit, Katarak, Glaucoma, Kelekangan Retina atau lain-lain Penyakit Mata, Penyakit Telinga, Hidung, Mulut atau Tekak, Penyakit Goiter, Kelenjar atau Sistem Endokrin, Tumor, Sista, Nodul, Polip, Benjolan atau Sebarang Jenis Ketumbuhan dalam mana-mana Sistem Organ, Pembesaran Prostat, Penyakit Sistem Kelamin Lelaki.

5. Has the person to be insured ever suffered from any illness, disease or injury not mentioned in question 4 above?
Adakah orang yang akan diinsuranskan pernah menderita atau dirawat untuk lain-lain penyakit, wabak atau kecederaan yang tidak dinyatakan di dalam soalan 4 diatas?

6. For female only / Untuk perempuan sahaja:

- a) Are you currently pregnant? / Adakah anda sedang hamil?
- b) Have you ever had any disease or disorder of the breast or female reproductive organ, menstrual disorder, abnormal pap-smear test, or complications at childbirth?
Adakah anda pernah mengalami penyakit atau gangguan payudara atau organ reproduktif perempuan, gangguan haid, keputusan tidak normal atas ujian pap smear, atau komplikasi semasa melahirkan bayi?

If the answer to any of the illness, disease or disorder under questions 3 to 6 is 'Yes', please provide details as below:
Sekiranya jawapan untuk salah satu penyakit, wabak atau gangguan di bawah soalan 3 ke 6, sila berikan butiran seperti di bawah:

Question No. No. Soalan	Type of Disability Jenis Ketidakupayaan	Date of Disability Tarikh Ketidakupayaan	Type of Treatment Jenis Rawatan	Present State of Disability Keadaan Terkini Ketidakupayaan	Name & Address of Doctor and Hospital Nama dan Alamat Doktor dan Hospital

If this space is insufficient, please write on a separate sheet of paper / Jika ruang tidak mencukupi, sila tulis di helaian kertas yang berasingan.

7. For Children who are 6 years old and below (age next birthday) / Untuk kanak-kanak 6 tahun dan kebawah (umur hari lahir berikutnya):

- a) Was the child born premature? If 'Yes', please provide details as below:
Adakah anak ini dilahirkan pramatang? Sekiranya 'Ya', sila berikan butiran di bawah:

Gestational period: / Tempoh kehamilan: _____ weeks / minggu

Birth weight: / Berat semasa lahir: _____ kg / kg

Yes
Ya

No
Tidak

- b) Has the child ever been or is currently being investigated or treated for, or have been informed or advised to seek medical or surgical treatment for any complications at birth or within the first 30 days of birth? If 'Yes', please provide details as below:

Adakah anak ini pernah atau sedang disiasat atau dirawat, atau telah dimaklumkan atau dinasihatkan untuk mendapatkan rawatan perubatan atau pembedahan untuk sebarang komplikasi semasa kelahiran atau dalam 30 hari pertama kelahiran? Jika 'Ya', sila berikan butiran di bawah:

Type of Disability <i>Jenis Ketidakupayaan</i>	Type of Treatment <i>Jenis Rawatan</i>	Present State of Disability <i>Keadaan Terkini Ketidakupayaan</i>	Name & Address of Doctor and Hospital <i>Nama dan Alamat Doktor dan Hospital</i>

If this space is insufficient, please write on a separate sheet of paper / *Jika ruang tidak mencukupi, sila tulis di helaian kertas yang berasingan.*

8. Please provide details of doctors/clinics which the person to be insured had consulted with or currently receiving medical treatment:
Sila berikan butiran mengenai doktor/klinik biasa yang orang yang akan diinsuranskan pernah berunding dengan atau sedang menerima rawatan perubatan:

Name of Doctor/Clinic <i>Nama Doktor/Klinik</i>	Address of Clinic <i>Alamat Klinik</i>	Telephone Number <i>Nombor Telefon</i>

If this space is insufficient, please write on a separate sheet of paper / *Jika ruang tidak mencukupi, sila tulis di helaian kertas yang berasingan.*

Declaration / Pengakuan

I/We understand that it is my/our duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this Proposal Form and I/we hereby declare that I/we have fully and accurately answered the questions above.

Saya/Kami faham bahawa menjadi tanggungjawab saya/kami untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata semasa menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini dan saya/kami dengan ini mengaku bahawa saya/kami telah menjawab dengan sepenuhnya dan dengan tepat soalan di atas.

I/We hereby authorise MXM International Sdn. Bhd., any hospital, surgeon, medical practitioner, clinic or other person who attends to me/insured person for any reason to disclose to the insurance company any and all information with respect to any illnesses or injury and to provide copies of all hospital or medical records/certifications, including any earlier medical history. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

Saya/Kami dengan ini memberi kuasa kepada MXM International Sdn. Bhd., mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan, klinik ataupun individu lain yang datang kepada saya/orang yang diinsuranskan untuk apa tujuan sekalipun untuk memberikan syarikat insurans apa-apa dan semua butir-butiran berhubung dengan mana-mana penyakit atau kecederaan dan memberikan semua salinan rekod/sijil hospital atau perubatan, termasuk mana-mana sejarah perubatan. Salinan fotostat pemberikuasaan ini akan diambil kira sebagai berkesan dan sah sebagai asli.

Date: _____
Tarikh: (dd/mm/yyyy / hh/bb/tttf)

Signature of Proposer: _____
Tandatangan Pencadang:

Note / Nota:

- Please read your policy and seek clarification if you are unsure of any policy terms & conditions.
Sila baca polisi anda dan minta penjelasan sekiranya anda kurang pasti tentang sebarang terma & syarat polisi.
- This Proposal Form is not a contract of insurance, the specific details applicable are set out in the policy document. In the event of a conflict between the English and Bahasa Malaysia versions, the English version shall prevail.
Borang Cadangan ini bukan merupakan kontrak insurans. Butir-butir khusus diberi dalam document polisi. Jika ada konflik di antara versi Bahasa Inggeris dan Bahasa Malaysia, maka versi Bahasa Inggeris akan menjadi rujukan.