



# LONPAC INSURANCE BHD

199401021735 (307414-T)

## Head Office

6th Floor, Bangunan Public Bank, 6 Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur, Malaysia  
 Tel: (03) 2262 8688, 2723 7888 Customer Service: (03) 2262 8666 Fax: (03) 2715 1332  
 Email : customerservice@lonpac.com  
 Website : www.lonpac.com



Pathlab Health Management (M) Sdn Bhd  
 Registered Corporate Insurance Agency

## HOSPITAL AND SURGICAL INSURANCE PROPOSAL FORM BORANG CADANGAN INSURANS PENGHOSPITALAN DAN 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/tanggung, 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/tanggung mereka, anda mempunyai kewajipan 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 sebagai relevan, jika tidak ia boleh menyebabkan pembatalan kontrak insurans anda, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda.

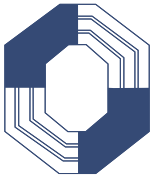
Kewajipan pendedahan di atas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

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](http://www.lonpac.com/home/privacy-policy)

Bagi maklumat mengenai polisi privasi kami, sila lawat laman web kami [www.lonpac.com/home/privacy-policy](http://www.lonpac.com/home/privacy-policy)



**LONPAC INSURANCE BHD** 199401021735 (307414-T)



**Head Office**

6th Floor, Bangunan Public Bank, 6 Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur, Malaysia  
Tel: (03) 2262 8688, 2723 7888 Customer Service: (03) 2262 8666 Fax: (03) 2715 1332  
Email : customerservice@lonpac.com  
Website : www.lonpac.com

**HOSPITAL AND SURGICAL INSURANCE PROPOSAL FORM  
BORANG CADANGAN INSURANS PENGHOSPITALAN DAN 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 Forms for each of the products / Sekiranya anda memohon lebih daripada satu (1) produk, sila isi Borang Cadangan yang berasingan untuk setiap produk).

<b>MediSaversVIP Prime</b>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Section A (Basic Coverage) / Seksyen A (Perlindungan Asas)</p> <p><input type="checkbox"/> Plan 500 / Pelan 500    <input type="checkbox"/> Plan 300 / Pelan 300    <input type="checkbox"/> Plan 200 / Pelan 200    <input type="checkbox"/> Plan 150 / Pelan 150</p> <p>Optional Deductible / Pilihan Deduktibel: <input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p>Deductible Amount / Amaun Deduktibel: <input type="checkbox"/> RM3,000    <input type="checkbox"/> RM6,000    <input type="checkbox"/> RM10,000</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Section B (Optional Top-Up Insurance) / Seksyen B (Pilihan Insurans Tambahan): <input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Optional Advanced Outpatient Cancer Treatment Benefit / Manfaat Pilihan Rawatan Kanser Moden Pesakit Luar Note/Nota: This benefit is only applicable if both Section A (Basic Coverage) and Seksyen B (Optional Top-Up Insurance) are opted. / Manfaat ini hanya tersedia dengan syarat kedua-dua Seksyen A (Perlindungan Asas) dan Seksyen B (Pilihan Insurans Tambahan) telah dipilih. <input type="checkbox"/> Yes / Ya    <input type="checkbox"/> No / Tidak (Kindly complete the Optional Advanced Outpatient Cancer Treatment Benefit Application Form / Sila lengkapkan Borang Permohonan Manfaat Pilihan Rawatan Kanser Moden Pesakit Luar)</p>
	<p>Premium Payment Frequency / Kekerapan Bayaran Premium: <input type="checkbox"/> Yearly / Tahunan    <input type="checkbox"/> Monthly / Bulanan</p> <p><b>Note / Nota:</b> Premium paid on a monthly premium frequency will be higher than yearly premium. Pembayaran premium secara bulanan adalah lebih tinggi berbanding premium tahunan.</p>

<b>PHM MediBooster</b>	<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  Berceraai  Balu  Duda

Occupation / Pekerjaan: \_\_\_\_\_

Please state job description / Sila nyatakan huraian kerja: \_\_\_\_\_

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

Non-manual, administrative or clerical work  
 Kerja bukan manual, pentadbiran atau perkeranian

Work of a supervisory nature or work which involves frequent travelling but not involve in manual work  
 Kerja-kerja pengawasan atau kerja yang melibatkan perjalanan yang kerap tetapi tidak terlibat dalam kerja manual

Involve occasional or regular manual work or use of manual tools  
 Melibatkan dalam kerja manual yang kerap atau biasa atau menggunakan alat manual

Involves in the use of power tools  
 Melibatkan penggunaan alat kuasa

Involves in operating heavy equipment  
 Melibatkan dalam mengendalikan peralatan berat

Off-shore related work or air crew or ship crew  
 Kerja berkaitan luar pantai atau krew udara atau krew kapal

Member of the armed forces or uniformed personnel  
 Anggota angkatan bersenjata atau kakitangan berseragam

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

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

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:

Yes  
Ya

No  
Tidak



Insurance Company / Syarikat Insurans	Claims Information / Informasi Tuntutan	
	Type of Disability (Illness/Injury) Jenis Ketidakupayaan (Penyakit/Kecederaan)	Year Claim Made Tahun Tuntutan Dibuat

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?  
 Mengalami apa-apa kecacatan fizikal, penyakit keturunan, keuzuran atau penyakit kongenital?



b) Been under observation or receiving treatment or taking any medication?  
 Berada dalam pemerhatian atau menerima rawatan atau sedang mengambil apa-apa ubat?



c) Undergone any surgical operation or been advised to have a surgical operation which has not been performed?  
 Menjalani apa-apa pembedahan atau dinasihatkan untuk menjalani pembedahan yang belum dilakukan?

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.

*Arthritis, Reumatisma, Kanser, Malignan Darah/Leukemia, Kencing Manis, 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 Hempedu, 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, 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, Ekzema, 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) Is the person to be insured currently pregnant? / Adakah orang yang akan diinsuranskan sedang hamil?

b) Has the person to be insured ever had any disease or disorder of the breast or female reproductive organ, menstrual disorder, abnormal pap-smear test, or complications at childbirth?

*Adakah orang yang akan diinsuranskan 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 adalah 'Ya', 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 a person to be insured who is 6 years old and below (age next birthday) / Untuk orang yang akan diinsuranskan yang berumur 6 tahun dan kebawah (umur hari lahir berikutnya):

a) Was the person to be insured born premature? If 'Yes', please provide details as below:

*Adakah orang yang akan diinsuranskan 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 person to be insured 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 orang yang akan diinsuranskan 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 Jenis 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.

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 Nama Doktor/Klinik	Address of Clinic Alamat Klinik	Telephone Number Nombor Telefon

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 (Please Tick / Sila Tanda)

- I/We have received the product suitability recommendation(s).  
*Saya/Kami telah menerima cadangan kesesuaian produk.*
- I/We have read and understood the Product Disclosure Sheet.  
*Saya/Kami telah membaca dan memahami Lembaran Pendedahan Produk.*
- 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 Pathlab Health Management (M) 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 Pathlab Health Management (M) Sdn. Bhd., mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan, klinik atau pihak lain yang merawat saya/Orang yang Diinsuranskan atas sebarang sebab untuk memberikan syarikat insurans apa-apa dan semua maklumat berhubung dengan apa-apa penyakit atau kecederaan dan memberikan semua salinan rekod/sijil hospital atau perubatan, termasuk apa-apa sejarah perubatan sebelumnya. Salinan fotostat pemberikuasaan ini akan diambil kira sebagai berkesan dan sah seperti yang asal.*

Date: \_\_\_\_\_  
Tarikh: (dd/mm/yyyy / hh/bb/tttt)

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.*