



LONPAC INSURANCE BHD (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, 2034 2654, 2715 0722, 2072 3385, 2715 0696, 2723 7886
Website: www.lonpac.com

DMS/08/GHSI/D/002/Oct.

To be completed by the Employee
Untuk dilengkапkan oleh Pekerja

GROUP HOSPITAL AND SURGICAL INSURANCE INSURANS HOSPITAL DAN PEMBEDAHAN BERKUMPULAN

PERSONAL HEALTH DECLARATION FORM / BORANG PENGISYIHAAN KESIHATAN PERSEORANGAN

STATEMENT PURSUANT TO SECTION 149(4) OF THE INSURANCE ACT, 1996, MALAYSIA.

You are to disclose in this proposal form, fully and faithfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued hereunder may be void.

KENYATAAN MENGIKUT SEKSYEN 149(4) AKTA INSURANS 1996, MALAYSIA.

KERTAATAH MENGKURU SERIEN 1440, ANTA INSURANS 1950, MALAYSIA.
Anda hendaklah memberitahu dengan penuh dan jujur semua fakta yang anda tahu atau patut tahu dalam borang cadangan ini,
jika tidak polisi yang dikeluarkan boleh menjadi tidak sah.

DUTY OF DISCLOSURE PURSUANT TO SECTION 150(1) OF THE INSURANCE ACT, 1996, MALAYSIA

It is the duty of the proposer to disclose to Lonpac Insurance Bhd a matter that he/she knows to be relevant (or a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant) to the decision of Lonpac Insurance Bhd on whether to accept the risk or not, and the rates and terms to be applied.

TANGGUNG JAWAB PENGEMUKAAN MENGIKUT SEKSYEN 150(1) AKTA INSURANS, 1996, MALAYSIA

JANGKUNGJAWAB PENGETAHUAN MENGIKUT SESYEN 150(1) AKTA INSURANSI, 1996, MALAYSIA
Adalah menjadi tanggungjawab seorang pencadangan untuk mendedahkan kepada Lonpac Insurance Bhd sesuatu perkara yang dia tahu sebagai relevan (atau seorang yang munasabah dalam keadaan itu mungkin diangka untuk tahu sebagai relevan) kepada keputusan Lonpac Insurance Bhd sama ada untuk menerima atau tidak risiko, dan kadar dan terma yang hendak dinakai.

DETAILS OF EMPLOYER (please complete) / BUTIR-BUTIR MAJIKAN (sila lengkapkan)

Name of Employer : _____
Nama Majikan _____

DETAILS OF EMPLOYEE (please complete) / BUTIR-BUTIR PEKERJA (sila lengkapkan)

- | | | | | |
|---|---|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Title / Gelaran | : | <input type="checkbox"/> Mr / Tuan | <input type="checkbox"/> Mdm / Puan | <input type="checkbox"/> Miss / Cik |
| 2. Name of Employee
Nama Pekerja | : | | | |
| 3. Correspondence Address
Alamat Surat Menyurat | : | | | |
| 4. Postcode
Poskod | : | | | |
| 5. Telephone No.
No. Telefon | : | H | - | |
| 6. E-mail Address
Alamat E-mel | : | | | |
| 7. NRIC No.
No. K/P | : | New :
Baru | - | - |
| 8. Date of Birth
Tarikh Lahir | : | | - | |
| | | dd/mm/yy / hh/bb/tt | | |
| 9. Passport No.
No. Pasport | : | | | |
| 10. Nationality :
Warganegara | : | | | |
| 11. Race
Bangsa | : | | | |
| 12. Sex
Jantina | : | <input type="checkbox"/> M / L | <input type="checkbox"/> F / P | |
| 13. Height
Tinggi | : | <input type="checkbox"/> cm | Weight
Berat Badan | : <input type="checkbox"/> kg |
| 14. Occupation (state exact duties)
Pekerjaan (nyatakan tugas tepat) | : | | | |
| 15. Plan Selected
Pelan Pilihan | : | | | |

DETAILS OF DEPENDANT (please complete) / BUTIR-BUTIR TANGGUNGAN (sila lengkapkan)

Are your dependants (spouse and/or children) to be included in the policy?

If 'YES', please complete the following details:

Adakah tanggungan anda (pasangan dan/atau anak) dimasukkan dalam polisi?

Jika 'YA', sila lengkapkan butir yang berikut:

Note: A child is a dependant if:

Nota: Seorang anak adalah dibawah tanggungan jika:

- The child is under the age of 19, or a full-time student under the age of 23;
Anak tersebut di bawah umur 19 tahun, atau penuntut sepenuh masa di bawah umur 23 tahun;
- The child is unmarried and unemployed.
Anak tersebut belum berkahwin dan bekerja.

Name of Dependents Nama Tanggungan	Sex Jantina	NRIC/B/C/Passport No. No. K/P/Sijil Kelahiran/Pasport	Date of Birth Tarikh Lahir	Relationship Hubungan	Occupation Pekerjaan

DETAILS OF MEDICAL INSURANCE APPLIED FOR (please answer) / BUTIR INSURANS PERUBATAN YANG DIPOHON (sila jawab)

Note: Please answer the following questions for yourself and on behalf of the dependants that you wish to insure:

Nota: Sila jawab soalan berikut untuk diri anda dan bagi pihak tanggungan yang ingin diinsuranskan:

1. Name and address of your usual doctor or medical centre?

Nama dan alamat doktor atau pusat perubatan biasa anda?

How long have you or your dependant(s) consulted the usual doctor or medical centre?

Berapa lama anda atau tanggungan anda mendapatkan nasihat doktor atau pusat perubatan biasa tersebut? _____ years. tahun.

a) Date of last consultation? / Tarikh terakhir menjumpai doktor? _____ / _____ / _____

b) Reason? / Sebab? _____

c) Result? / Keputusan? _____

2. Do you or your dependant(s) have any other medical insurance cover?

Adakah anda atau tanggungan anda mempunyai perlindungan insurans perubatan lain?

Yes No

3. Has any medical insurance held, applied for or claimed on, ever been refused or terminated?
Adakah mana-mana insurans perubatan yang dippunyai, dipohon atau dituntut atas, pernah ditolak atau ditamatkan?

Yes No

IF YOU ANSWER 'YES' TO QUESTIONS 2 OR 3, GIVE DETAILS BELOW.

JIKA ANDA JAWAB 'YA' UNTUK SOALAN 2 ATAU 3, SILA BERI KETERANGAN DI BAWAH.

Name of Insured(s) Person Nama Penginsurans	Insurance Company Syarikat Insurans	Type of Medical Insurance Jenis Insurans Perubatan	Insured Amount (RM) Amaun Diinsuranskan (RM)	Reasons for Refusal/Termination Alasan Penolakan/Penamatkan

HEALTH DETAILS OF PERSON INSURED (please tick) / BUTIR KESIHATAN ORANG YANG DIINSURANSKAN (sila tanda)

Note: Please answer the following questions for yourself and on behalf of the dependants that you wish to insure:

Nota: Sila jawab soalan berikut untuk diri anda dan bagi pihak tanggungan yang ingin diinsuranskan:

1. Have you or your dependant(s) ever :

Adakah anda atau tanggungan anda pernah:

- a) suffered or have any physical defect, infirmity or congenital conditions?
mengalami atau mempunyai apa-apa kecacatan fizikal, keuzuran atau penyakit kongenital?
- b) been under any medical observation or is currently receiving medical treatment or medications?
dalam apa-apa permerhatian perubatan atau kini sedang menerima rawatan perubatan atau pengubatan?
- c) undergone any surgical operation or suffered any disease or injury?
menjalani apa-apa pembedahan atau menghidapi apa-apa penyakit atau kecederaan?
- d) been advised to have a surgical operation which has not been performed yet?
dinasihatkan menjalani pembedahan yang belum dilakukan?

THE COVER I WANT IS (please tick) / PERLINDUNGAN YANG SAYA KEHENDAKI ADALAH (sila tanda)

Note: The cover required by the dependants must be the same as the employee.

Nota: Perlindungan yang dikehendaki oleh tanggungan mestilah sama dengan pekerja.

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Employee Only / Pekerja Sahaja |
| <input type="checkbox"/> | Employee & Spouse / Pekerja & Pasangan |
| <input type="checkbox"/> | Employee & Children / Pekerja & Anak |
| <input type="checkbox"/> | Employee & Family / Pekerja & Keluarga |

GHS 1	RM
GHS 2	RM
GHS 3	RM
GHS 4	RM
GHS 5	RM
GHS 6	RM
TOTAL / JUMLAH	RM

DECLARATION AND AUTHORISATION / AKUAN DAN KEBENARAN

I declare that the answers and statements given in this proposal form are true and correct to the best of my knowledge and I will notify **LONPAC INSURANCE BHD** of any changes prior to my policy being received.

I declare that I have read and understood the rules of 'duty of disclosure', pre-existing conditions, specific illnesses and waiting period as summarised in the brochure and agree that this proposal form together with any supplementary statements shall be the basis of this insurance.

I agree to be bound by the terms and conditions of the policy for this insurance.

I understand that coverage shall not become effective until **LONPAC INSURANCE BHD** accepts my proposal.

I authorise any medical source, insurance company, organisation or person to release details of my personal medical history to **LONPAC INSURANCE BHD**. A photocopy of this authorisation is as effective and valid as original.

I understand that any false statements may result in denial of claims or in my insurance coverage being void as of its effective date with no benefits payable. My signature indicates that I have reviewed all information and statements on this proposal form for completeness and accuracy and I duly understand and agree to the terms and conditions stated on this proposal form.

Saya mengaku bahawa pada sepanjang pengetahuan saya, jawapan dan kenyataan yang diberi dalam borang cadangan ini adalah benar dan betul dan saya akan melaporkan kepada **LONPAC INSURANCE BHD** sebarang penukaran sebelum polisi saya diterima.

Saya mengaku bahawa saya telah membaca dan memahami syarat 'kewajipan memberitahu', penyakit sedia ada, penyakit khusus dan tempoh menunggu yang diringkaskan dalam risalah dan bersetuju bahawa borang cadangan ini beserta dengan apa-apa kenyataan tambahan akan menjadi asas kepada insurans ini.

Saya bersetuju terikat oleh terma dan syarat polisi untuk insurans ini.

Saya memahami bahawa perlindungan tidak akan berkuatkuasa sehingga **LONPAC INSURANCE BHD** menerima borang cadangan saya.

Saya memberi kuasa mana-mana sumber perubatan, syarikat insurans, organisasi atau orang untuk melepaskan butir perubatan peribadi saya kepada **LONPAC INSURANCE BHD**. Salinan fotokopi kebenaran ini adalah berkesan dan sah seperti yang asal.

Saya memahami bahawa apa-apa kenyataan palsu akan menyebabkan penafian tuntutan atau perlindungan insurans saya menjadi tidak sah dari tarikh penguatkuasaannya tanpa faedah dibayar. Tandatangan saya menunjukkan bahawa saya telah menyemak semua maklumat dan kenyataan dalam borang cadangan ini untuk kesempurnaan dan ketelulannya dan saya telah memahami dan bersetuju kepada terma dan syarat yang dinyatakan dalam borang cadangan ini.

Dated at _____ This _____ Of _____
Bertarikh (Location / Lokasi) (Day / (Month / Bulan) (Year / Tahun)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Signature of Employee
Tandatangan Pekerja

Note: Any amendment made must be counter-signed by the Employee.

Nota: Apa-apa pindaan yang dibuat mestilah ditandatangan balas oleh Pekerja.

Note: 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 Version and those translated into Bahasa Melayu, the English Version shall prevail.

Nota: Borang cadangan ini bukan merupakan kontrak insurans. Butir-butir khusus diberi dalam dokumen polisi. Sekiranya terdapat perengganahan antara versi Bahasa Inggeris dan yang telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Melayu, versi Bahasa Inggeris akan diterima pakai.