



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/07/GHSI/P/002/June

To be completed by the Employer
Untuk dilengkapkan oleh Majikan

GROUP HOSPITAL & SURGICAL INSURANCE INSURANS HOSPITAL DAN PEMBEDAHAN KUMPULAN

PROPOSAL FORM / BORANG CADANGAN

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.

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.

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

Adalah menjadi tanggungjawab seorang pencadang untuk mendedahkan kepada Lonpac Insurance Bhd sesuatu perkara yang dia tahu sebagai relevan (atau seorang yang munasabah dalam keadaan itu mungkin dijangka untuk tahu sebagai relevan) kepada keputusan Lonpac Insurance Bhd sama ada untuk menerima atau tidak risiko, dan kadar dan terma yang hendak dipakai.

Agency A/C No:
 No. Akaun Agensi:

Policy No:
 No. Polisi:

I WISH TO (please tick) / SAYA INGIN (sila tanda)

Enrol as a new group / Mendaftar sebagai kumpulan baru

Transfer from an existing policy / Pindah dari polisi yang sedia ada

Note: To establish continuity of benefits, please attach a copy of your previous policy

Nota: Untuk membuktii kesinambungan faedah, sila sertakan salinan polisi dahulu

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

1. Name of Employer :
2. Business of Employer :
3. Business Registration Document No :
4. Correspondence Address :
5. Postcode :

(NRIC/Business Regn. Doc. Verified By :

Signature & Name of Agent / Staff)

5. Person to Contact : 1
2
3
6. Telephone No. : O -
7. Fax No. : O -
8. Passport No. : 9. Nationality :
 No. Pasport *Warganegara*
10. Name of Employer :
 Nama Majikan
11. Nature of Business :

PERIOD OF INSURANCE / TEMPOH INSURANS

From / Dari - -
dd/mm/yy / hh/bb/tt

To / Hingga - -
dd/mm/yy / hh/bb/tt

Policy Renewal Date : On / Pada - -
Tarikh Pembaharuan Polisi dd/mm/yy / hh/bb/tt

SCHEME OF INSURANCE (please tick) / SKIM INSURANS (sila tanda)

- | | | |
|--|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Employees
Pekerja | <input type="checkbox"/> Contributory
Sertaan | <input type="checkbox"/> Non-Contributory
Tanpa Sertaan |
| 2. <input type="checkbox"/> Dependents
Tanggungan | <input type="checkbox"/> Contributory
Sertaan | <input type="checkbox"/> Non-Contributory
Tanpa Sertaan |

It is understood and agreed that if the Insurance applied for is:-

Adalah difahami dan dipersetujui bahawa jika insurans yang dipohon adalah:-

- On a contributory participation basis, the policy shall insure at least 75% of all eligible employees; or
Berasaskan penglibatan sertaan, polisi hendaklah menginsuranskan sekurang-kurangnya 75% daripada pekerja yang layak; atau
- On a non-contributory participation basis, the policy shall insure 100% of all eligible employees.
Berasaskan penglibatan tanpa sertaan, polisi hendaklah menginsuranskan 100% daripada pekerja yang layak.

ELIGIBILITY (please tick) / KELAYAKAN (sila tanda)

- Employees becoming eligible on the effective date will be employees who are actually on full-time work
Pekerja yang berkelayakan pada tarikh kuatkuasa adalah pekerja yang bekerja sepenuh masa
- Future employees will become eligible:
Pekerja masa hadapan akan berkelayakan:
 - Upon the Date of Employment, or
Mulai daripada Tarikh Mula Bekerja, atau
 - Upon completion of _____ month(s) of continuous service, provided they are actively at work.
Setelah menamatkan _____ bulan perkhidmatan yang berterusan, dengan syarat mereka bekerja dengan aktif.

CLASSIFICATION OF BENEFITS (please complete) / PENGGOLONGAN FAEDAH (sila lengkapkan)

Please classify employees'/members' occupation/designation (give broad categories of occupation of employees/members to be insured e.g. categorising them into administration staff, sales and marketing, engineers, production workers, etc.)
Sila golongkan pekerjaan/gelaran pekerja/ahli (beri kategori luas pekerjaan pekerja/ahli yang akan diinsuranskan contohnya mengkategorikan mereka kepada pentadbiran, jualan dan pemasaran, jurutera, pekerja pengeluaran dan sebagainya).

Employee Category/Designation Kategori Pekerja/Jawatan	Plan Selected Pelan Dipilih	Number of Employees Bilangan Pekerja

OTHER INFORMATION (please answer) / MAKLUMAT LAIN (sila jawab)

- 5.1 Has the group previously or currently insured by another company? If yes, please provide us with the claims experience for the past 3 years.
Adakah kumpulan tersebut pernah atau sedang diinsurans oleh syarikat lain? Jika ya, sila maklumkan pengalaman membuat tuntutan dalam masa tiga tahun kebelakangan ini.

Insurer Penginsurans	Claim Amount (RM) Jumlah Tuntutan (RM)	Year of Event Tahun Kejadian	Type of Disability/Nature of Claim Jenis Penyakit/Tuntutan	Details of Termination/Change Butir Penamatian/Perubahan

Yes / Ya No / Tidak

- 5.2 Is every employee/member required to pass a medical examination before being employed?
Adakah setiap pekerja/ahli dikehendaki lulus pemeriksaan perubatan sebelum diambil bekerja?

DECLARATION BY EMPLOYER / AKUAN DAN KEBENARAN OLEH MAJIKAN

I/We hereby declare that the above answers and statements are true, and I/we have withheld no information whatever regarding this proposal form. I/We agree that this Declaration and answers given above, as well as any proposal form or declaration or statement made in writing by me/ourselves or anyone acting on my/our behalf shall form the basis of the contract between me/ourselves and the Insurance Company. I/We hereby further declare that I/we agree that in the event the declaration shall contain any misstatement, misrepresentation, suppression and/or fraud, the issuance of the policy shall not be nor deemed to be a waiver of such misstatement, misrepresentation, suppression and/or fraud.

I/We hereby authorise any hospital, surgeon, medical practitioner or clinic or other person who attended to me/us for any reason to disclose to the Insurance Company any and all information with respect to any illness 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.

I/We acknowledge that the liability of the Insurance Company does not commence until this proposal form is accepted by the Insurance Company.

Saya/Kami dengan ini memperakui bahawa jawapan dan pernyataan di atas adalah benar, dan saya/kami tidak menyembunyikan sebarang maklumat yang berhubung dengan borang cadangan ini. Saya/Kami setuju bahawa Perakuan ini dan jawapan yang diberikan di atas, juga sebarang borang cadangan atau perakuan atau pernyataan bertulis yang dibuat oleh saya/kami atau sesiapa yang bertindak sebagai wakil saya/kami membentuk asas kepada kontrak di antara saya/kami dan Syarikat Insurans. Saya/Kami selanjutnya memperakui bahawa saya/kami setuju bahawa sekiranya perakuan berkenaan mengandungi sebarang salah nyataan, sekatan maklumat dan/atau pemalsuan, pengeluaran polisi tidak akan merupakan pengecualian terhadap salah-nyataan, sekatan maklumat dan/atau pemalsuan tersebut.

Saya/Kami dengan ini mengizinkan mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik atau orang lain yang merawat saya/kami di atas sebarang punca untuk mendedahkan kepada Syarikat Insurans sebarang dan kesemua maklumat yang berkenaan dengan sebarang penyakit atau kecederaan serta mengemukakan salinan semua rekod/sijil hospital atau perubatan, termasuk sebarang sejarah perubatan terdahulu. Salinan keizinan ini adalah berkuasa dan sah sepertimana yang asal.

Saya/Kami memaklumi yang liabiliti Syarikat Insurans tidak akan bermula sehingga borang cadangan ini diterima dan premium dibayar kepada Syarikat Insurans.

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

Witnessed by / Disaksi oleh:

For & On Behalf of Employer / Untuk & Bagi Pihak Majikan:

(Signature / Tandatangan)

(Signature & Company Chop / Tandatangan & Cop Syarikat)

(Name & Title / Nama & Gelaran)

(Name & Title / Nama & Gelaran)

Date / Tarikh : _____

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

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

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 percanggahan antara versi Bahasa Inggeris dan yang telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Melayu, versi Bahasa Inggeris akan diterima pakai.

IMPORTANT NOTICE / NOTIS MUSTAHAK

Your attention is drawn to the 60 days premium warranty to the Policy.

By this warranty, the insurance policy is automatically cancelled unless the full premium is paid to the insurer within 60 days from the commencement date of cover. Please note that if this insurance is transacted through your insurance broker, the broker is acting on your behalf for the purpose of formation of this contract of insurance. It is important that you make full payment of the premium to your broker as soon as possible and in any case within the 60 days period of the premium warranty so as to enable your broker to remit the premiums early to your insurer. You are advised to request your broker to furnish you with the broker's and insurer's receipt on the premium that you paid.

Perhatian anda adalah diarahkan kepada warranti premium enam puluh (60) hari yang dicatat dalam polisi ini.

Sekiranya premium sepenuh tidak dibayar kepada syarikat dalam tempoh enam puluh (60) hari daripada tempoh kuatkuasa perlindungan, maka kontrak ini secara otomatis adalah terbatal. Jika insurans ini diuruskan melalui broker insurans anda, broker tersebut hanya mewakili pihak anda bagi tujuan mewujudkan kontrak insurans ini. Adalah pentingnya anda membuat bayaran sepenuhnya kepada broker insurans secepat mungkin iaitu dalam tempoh warranti enam puluh (60) hari untuk membolehkan broker anda membuat bayaran awal kepada syarikat insurans anda. Anda adalah dinasihatati meminta resit daripada broker dan syarikat insurans untuk premium yang telah dibayar.