


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



PUBLIC MUTUAL
WHOLLY-OWNED SUBSIDIARY OF PUBLIC BANK

Proposal to Include Additional Member(s) to Mutual MediCare Family Policy Cadangan untuk Menyertakan Anggota Tambahan ke Polisi Keluarga Mutual MediCare

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/tanggungan, anda mempunyai kewajiban 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 kewajiban 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/tanggungan 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 kewajiban 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



PUBLIC MUTUAL
WHOLLY-OWNED SUBSIDIARY OF PUBLIC BANK

Proposal to Include Additional Member(s) to Mutual MediCare Family Policy Cadangan untuk Menyertakan Anggota Tambahan ke Polisi Keluarga Mutual MediCare

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

Agent's Name: _____ Agent's Reference No.: _____ Branch: _____
Nama Agen: _____ No. Rujukan Agen: _____ Cawangan: _____

Certificate No. / No. Sijil: _____

Insured's Name / Nama Orang yang Diinsuranskan: _____

Details of Spouse (please complete if insured) / Butir-butir Pasangan (sila lengkapkan jika diinsuranskan)

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/tttf)

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

Height (cm): _____ Weight (kg): _____ Occupation: _____
Tinggi (sm): _____ Berat (kg): _____ 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 | ☐ Involves in the use of power tools
Melibatkan penggunaan alat kuasa |
| ☐ 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 | ☐ Involves in operating heavy equipment
Melibatkan dalam mengendalikan peralatan berat |
| ☐ Involve occasional or regular manual work or use of manual tools
Melibatkan dalam kerja manual yang kerap atau biasa atau menggunakan alat manual | ☐ 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 |

Details of Children (please complete if insured) / Butir-butir Anak-anak (sila lengkapkan jika diinsuranskan)

Child Anak	Name (as in New NRIC/Passport) Nama (seperti dalam K.P. Baru/Pasport)	New NRIC/ Passport No. No. K.P. Baru/Pasport	Date of Birth Tarikh Lahir (dd/mm/yyyy / hh/bb/tttf)	Gender Jantina	Height (cm) Tinggi (sm)	Weight (kg) Berat (kg)	Fulltime Student (Yes/No) Pelajar Sepenuh Masa (Ya/Tidak)
1							
2							
3							
4							
5							

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

Choice of Plan and Premium / Pilihan Pelan dan Premium

Note / Nota:

Plan chosen for spouse and/or children can either be similar, lower but not superior than the proposer's plan. However, there shall be no differentiation of plans between the children.

Pelan yang dipilih untuk pasangan dan/atau anak mestilah sama ada serupa, lebih rendah tetapi tidak boleh lebih tinggi daripada pelan pencadang. Walau bagaimanapun, perbezaan pelan antara anak-anak tidak dibenarkan sama sekali.

A family discount of 10% on the total annual premium payable shall be allowed to a family with three (3) or more members insured under a single policy during its inception or renewal. Family means you, your spouse and children.

Diskaun untuk keluarga sebanyak 10% pada jumlah premium tahunan yang perlu dibayar akan diberikan sekiranya tiga (3) atau lebih ahli keluarga diinsuranskan di bawah satu polisi semasa bermulanya tarikh polisi atau pembaharuan polisi. Keluarga bermaksud anda, pasangan dan anak-anak anda.

Person(s) to be Insured Orang yang akan Diinsuranskan	Plan / Pelan			Annual Premium (RM) Premium Tahunan (RM)
	Platinum	Gold	Silver	
Spouse / Pasangan				
Child 1 / Anak pertama				
Child 2 / Anak ke-2				
Child 3 / Anak ke-3				
Child 4 / Anak ke-4				
Child 5 / Anak ke-5				
Total / Jumlah:				
Less Family Discount (10%) / Tolak Diskaun Keluarga (10%):				
Total Premium Payable / Jumlah Bayaran Premium:				

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

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? ☐ Yes ☐ No

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:

Name of Person to be Insured Nama Orang yang akan Diinsuranskan	Insurance Company Syarikat Insurans	Claims Information (if any) Informasi Tuntutan (jika ada)	
		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: ☐ Yes ☐ No

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:

Name of Person to be Insured Nama Orang yang akan Diinsuranskan	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.

	Yes Ya	No Tidak
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>	☐	☐
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>	☐	☐
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>	☐	☐
4. Has the person to be insured ever suffered from or been treated for any of the following: <i>Adakah orang yang akan diinsuranskan pernah menderita atau dirawat untuk mana-mana yang berikut:</i>		
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. <i>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.</i>	☐	☐
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. <i>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.</i>	☐	☐
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. <i>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.</i>	☐	☐
5. Has the person to be insured ever suffered from any illness, disease or injury not mentioned in question 4 above? <i>Adakah orang yang akan diinsuranskan pernah menderita atau dirawat untuk lain-lain penyakit, wabak atau kecederaan yang tidak dinyatakan di dalam soalan 4 diatas?</i>	☐	☐
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? <i>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?</i>	☐	☐

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	Name of Person to be Insured Nama Orang yang akan Diinsuranskan	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):

Yes
Ya No
Tidak

- 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

- 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:

Name of Person to be Insured Nama Orang yang akan Diinsuranskan	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 Person to be Insured Nama Orang yang akan Diinsuranskan	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

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 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 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/tttt)

Signature of Insured: _____
Tandatangan Orang yang Diinsuranskan:

Payment (Please tick payment method)
Pembayaran (Sila tandakan kaedah pembayaran)

☐ By Cheque payable to **LONPAC INSURANCE BHD** / Dengan Cek bayar kepada **LONPAC INSURANCE BHD**

Cheque No. / No. Cek: _____ RM _____

☐ By Credit Card (details as below) / Melalui Kad Kredit (seperti butiran di bawah)

I hereby authorise LONPAC INSURANCE BHD to charge to my Credit Card for the premium amount of RM _____
Saya dengan ini membenarkan LONPAC INSURANCE BHD untuk caj kepada Kad Kredit saya bagi amaun premium berjumlah RM _____

Credit Card No. / No. Kad Kredit

					-						-								
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Visa ☐

Mastercard ☐

Card Expiry Date:

Tarikh Luput Kad: _____

Issuing Bank:

Bank Pengeluar: _____

Relationship between Cardholder and Proposer:

Hubungan antara Pemegang Kad dan Pencadang: _____

Cardholder's Signature
Tandatangan Pemegang Kad

Date / Tarikh
(dd/mm/yyyy / hh/bb/tttt)

Note / Nota :

1. Collection of payment shall not be construed as acceptance of your application until the proposal is approved by **LONPAC INSURANCE BHD** and is also subject to the clearance of your payment if it is made by cheque or credit card. In the event that the cheque or the credit card is declined by the Bank, the application/renewal (whichever is applicable) as well as the receipt are deemed automatically cancelled and **LONPAC INSURANCE BHD** shall not be liable for any claims whatsoever.
*Pungutan bayaran tidak boleh dianggap sebagai penerimaan permohonan anda sehinggalah cadangan diluluskan oleh **LONPAC INSURANCE BHD** dan ianya juga tertakluk kepada penjelasan bayaran anda jika ianya dibuat melalui cek atau kad kredit. Sekiranya cek atau kad kredit tidak diterima oleh Bank, permohonan/pembaharuan (yang mana berkenaan) serta resit akan dibatalkan secara automatik dan **LONPAC INSURANCE BHD** tidak akan dipertanggungjawabkan ke atas apa jua tuntutan.*
2. The Insured must receive an individual certificate of insurance as proof of insurance. The Insured is advised to follow-up with Public Mutual Berhad or Lonpac Insurance Bhd to confirm coverage under the Mutual MediCare policy if a certificate of insurance is not received within a reasonable period.
Orang Yang Diinsuranskan mesti menerima sijil insurans individu sebagai bukti insurans. Orang Yang Diinsuranskan adalah dinasihati mengambil tindakan susulan dengan Public Mutual Berhad atau Lonpac Insurance Bhd untuk memastikan perlindungan di bawah polisi Mutual MediCare sekiranya sijil insurans tidak diterima dalam tempoh yang munasabah.
3. 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.
4. 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.

PRODUCT DISCLOSURE SHEET
LEMBARAN PENDEDAHAN PRODUK



LONPAC INSURANCE BHD
(307414-T)

(Please read this Product Disclosure Sheet before you decide to take out Mutual MediCare. Be sure to also read the general terms and conditions).

(Sila baca Lembaran Pendedahan Produk ini sebelum anda membuat keputusan untuk mengambil Mutual MediCare. Pastikan anda juga membaca terma dan syarat am).

Mutual MediCare / *Mutual MediCare*
(Hospitalisation and Surgical Insurance) /
(*Insurans Penghospitalan dan Pembedahan*)

1 September 2018

1. What is this product about? / Mengenai apakah produk ini?

This policy is only available to unitholders of Public Mutual Berhad. The policy provides for reimbursements of hospitalisation and surgical expenses incurred due to illnesses or accidents covered under the policy. This Policy is also extended to cover accidental death.

Polisi ini hanya ada untuk pemegang unit Public Mutual Berhad. Ia membayar balik perbelanjaan penghospitalan dan pembedahan yang ditanggung kerana penyakit atau kemalangan yang dilindungi di bawah polisi. Polisi ini juga diperluaskan untuk manfaat kematian akibat kemalangan.

2. What are the covers / benefits provided? / Apakah lindungan / manfaat yang disediakan?

SCHEDULE OF BENEFITS / JADUAL MANFAAT

Benefit Type / <i>Jenis Manfaat</i>	Choice of Plan (RM) / <i>Pilihan Pelan (RM)</i>		
	Platinum	Gold	Silver
In-Patient / <i>Pesakit Dalam</i> Hospital Room & Board (per day, up to 150 days) <i>Bilik Hospital & Makan (setiap hari, sehingga 150 hari)</i>	350	250	150
Intensive Care Unit (per day, up to 75 days) <i>Unit Rawatan Rapi (setiap hari, sehingga 75 hari)</i>	As Charged subject to the respective Limit Per Disability and Overall Annual Limit <i>Seperti yang diCaj</i> tertakluk kepada <i>Had</i> bagi <i>Setiap Hilang Upaya dan</i> <i>Had Tahunan Keseluruhan</i> <i>masing-masing</i>		
Hospital Supplies & Services / <i>Bekalan & Khidmat Hospital</i>			
Surgical Fees / <i>Bayaran Pembedahan</i>			
Anaesthetist's Fee / <i>Bayaran Pakar Bius</i>			
Operating Theatre / <i>Bilik Bedah</i>			
In-Hospital Physician's Visit (1 visit per day for non-surgical confinement, up to 150 days) <i>Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (1 lawatan setiap hari untuk kemasukan hospital bukan pembedahan, sehingga 150 hari)</i>			
Insured Child's Daily Guardian Benefit (per day, up to 30 days – for insured child below 15 years old) <i>Manfaat Penjaga Harian bagi Kanak-kanak yang Diinsuranskan (setiap hari, sehingga 30 hari – untuk anak yang diinsuranskan yang berumur bawah 15 tahun)</i>	150	110	60
Cash Allowance at Malaysian Government Hospital (per day, up to 150 days) <i>Elaun Tunai di Hospital Kerajaan Malaysia (setiap hari, sehingga 150 hari)</i>	100	70	50
Goods and Services Tax (GST) (where applicable) <i>Cukai Barang dan Perkhidmatan (CBP) (di mana berkenaan)</i>	On all eligible paid expenses <i>Ke atas semua perbelanjaan yang layak dibayar</i>		
Organ Transplant (liver, heart, lung, kidney or bone marrow) – payment is limited to once per lifetime <i>Transplan Organ (hati, jantung, paru-paru, buah pinggang atau sum-sum tulang – bayaran terhad kepada sekali seumur hidup)</i>	As Charged subject to 50% of the respective Overall Annual Limit <i>Seperti yang diCaj tertakluk kepada 50% dari Had Tahunan Keseluruhan masing-masing</i>		

Benefit Type / Jenis Manfaat	Choice of Plan (RM) / Pilihan Pelan (RM)		
	Platinum	Gold	Silver
Out-Patient / Pesakit Luar - Pre-Hospital Specialist's Consultation (within 60 days preceding hospital confinement) <i>Rundingan Pakar Pra-Hospital (dalam tempoh 60 hari sebelum dimasukkan ke hospital)</i> - Pre-Hospital Diagnostic Tests (within 60 days preceding hospital confinement) <i>Ujian Diagnostik Pra-Hospital (dalam tempoh 60 hari sebelum dimasukkan ke hospital)</i> - Post-Hospitalisation Treatment (within 60 days from discharge) <i>Rawatan Selepas Penghospitalkan (dalam tempoh 60 hari dari tarikh keluar hospital)</i> - Outpatient Physiotherapy Treatment (within 90 days from discharge) <i>Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar (dalam tempoh 90 hari dari tarikh keluar hospital)</i> - Daycare Surgery (inclusive of all incidental services & supplies) <i>Pembedahan Harian (termasuk semua khidmat & bekalan yang berkaitan)</i> - Home Nursing Care (per day, up to 60 days from discharge) <i>Khidmat Jagaan Jururawat di Rumah (setiap hari, sehingga 60 hari dari tarikh keluar hospital)</i> - Annual Outpatient Kidney Dialysis Treatment <i>Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar Tahunan</i> - Annual Outpatient Cancer Treatment / <i>Rawatan Kanser Pesakit Luar Tahunan</i>	As Charged subject to the respective Limit Per Disability and Overall Annual Limit Seperti yang diCaj tertakluk kepada Had bagi Setiap Hilang Upaya dan Had Tahunan Keseluruhan masing-masing		
	150	125	75
	36,000	24,000	16,000
	36,000	24,000	16,000
Emergency Services & Treatment / Khidmat & Rawatan Kecemasan - Emergency Accidental Outpatient Treatment (within 24 hours from Accident, up to 31 days follow-up treatment) <i>Rawatan Pesakit Luar bagi Kemalangan dan Kecemasan (dalam tempoh 24 jam dari masa Kemalangan, sehingga 31 hari untuk rawatan susulan)</i> - Emergency Accidental Outpatient Dental Treatment (within 24 hours from Accident, up to 31 days follow-up treatment) <i>Rawatan Pergigian Pesakit Luar bagi Kemalangan dan Kecemasan (dalam tempoh 24 jam dari masa Kemalangan, sehingga 31 hari untuk rawatan susulan)</i> - Ambulance Fees / <i>Bayaran Ambulans</i>	As Charged subject to the respective Limit Per Disability and Overall Annual Limit Seperti yang diCaj tertakluk kepada Had bagi Setiap Hilang Upaya dan Had Tahunan Keseluruhan masing-masing		
Others / Lain-Lain Accidental Death Benefit / <i>Manfaat Kematian akibat Kemalangan</i>	5,000	3,000	3,000
Transport Allowance for Admission to Malaysian Government Hospital (per day, up to 45 days) <i>Elaun Pengangkutan bagi Kemasukan ke Hospital Kerajaan Malaysia (setiap hari, sehingga 45 hari)</i>	50	40	30
Limit Per Disability / Had Bagi Setiap Hilang Upaya	62,500	40,000	25,000
Overall Annual Limit / Had Tahunan Keseluruhan	125,000	80,000	50,000
Lifetime Limit / Had Seumur Hidup	375,000	240,000	150,000

A Medical Card is provided to facilitate admission at participating hospitals.
Kad Insurans Kesihatan disediakan untuk memudahkan kemasukan ke hospital turut serta.

Duration of cover is for one year. You have the option to renew your insurance cover annually subject to the terms and conditions of the policy.

Tempoh lindungan adalah setahun. Anda mempunyai pilihan untuk perbaharui lindungan insurans anda setiap tahun tertakluk kepada terma dan syarat polisi.

3. How much premium do I have to pay? / Berapakah premium yang saya perlu bayar?

The premium that you have to pay may vary depending on your choice of plan, age band (based on age at next birthday) and our underwriting requirements (a premium loading may apply). The premium for standard risks is as follows:

Premium yang anda perlu bayar mungkin berbeza bergantung pada pilihan pelan anda, peringkat umur (berdasar pada umur pada harijadi yang akan datang) dan keperluan pengunderaitan kami (penambahan premium mungkin dikenakan). Premium untuk risiko umum adalah seperti berikut:

ANNUAL PREMIUM (RM) PREMIUM TAHUNAN (RM)

Age Band (Age at next birthday) / Peringkat Umur (Umur pada harijadi yang akan datang)	Platinum	Gold	Silver
30 days – 17 years / 30 hari – 17 tahun	629.00	561.00	482.00
18 – 25 years / 18 – 25 tahun	703.00	627.00	539.00
26 – 30 years / 26 – 30 tahun	740.00	661.00	568.00
31 – 35 years / 31 – 35 tahun	851.00	760.00	575.00
36 – 40 years / 36 – 40 tahun	962.00	859.00	708.00
41 – 45 years / 41 – 45 tahun	1,110.00	991.00	851.00
46 – 50 years / 46 – 50 tahun	1,332.00	1,189.00	1,022.00
51 – 55 years / 51 – 55 tahun	1,628.00	1,453.00	1,249.00
56 – 60 years / 56 – 60 tahun	2,220.00	1,982.00	1,703.00
61 – 65 years (renewal only) / 61 – 65 tahun (pembaharuan sahaja)	2,959.00	2,642.00	2,270.00
66 – 70 years (renewal only) / 66 – 70 tahun (pembaharuan sahaja)	4,439.00	3,963.00	3,405.00

The renewal premium will automatically be adjusted on entering the next age band. The renewal premium is not guaranteed and Lompac Insurance Bhd reserves the right to revise the premium rate applicable specifically to each Insured Person at the time of renewal. Lompac Insurance Bhd shall give 30 days written notice in the event of revision in premium. The premium could be revised due to deterioration in claims experience, changes in the product benefits as well as a change in the risk profile of the insured (e.g. adverse variations to your health or occupation). These conditions are not exhaustive and the premium rates may be reviewed under other justified circumstances.

Premium pembaharuan akan diselaraskan secara automatik apabila memasuki peringkat umur yang berikut. Premium pembaharuan tidak dijamin dan Lompac Insurance Bhd berhak menyemak semula kadar premium yang terpakai untuk setiap Orang yang Diinsuranskan pada masa pembaharuan tersebut. Lompac Insurance Bhd akan hantar notis bertulis 30 hari sekiranya terdapat penyemakan semula premium. Premium mungkin akan disemak semula sekiranya terdapat kemerosotan dalam rekod tuntutan, perubahan pada manfaat produk termasuk perubahan pada profil risiko Orang yang Diinsuranskan (e.g. perubahan pada kesihatan dan pekerjaan anda).

4. What are the fees and charges that I have to pay? / Apakah fi dan caj yang saya perlu bayar?

- Commission to the insurance agent • 10%
Komisen kepada agen insurans • 10%

5. What are some of the key terms and conditions that I should be aware of? Apakah beberapa terma dan syarat utama yang saya harus tahu?

- Duty of disclosure
 - 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 the Proposal Form (or when you apply for this insurance). You must answer the questions 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 the Proposal Form (or when you apply for this insurance), 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 the Proposal Form (or when you applied for this insurance) is inaccurate or has changed.

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 the Proposal Form (or when you applied for this insurance) is inaccurate or has changed.

• Kewajipan pendedahan

Kontrak Insurans Pengguna

- Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggungan, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan (atau semasa memohon insurans ini). Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan tersebut dengan lengkap dan tepat.
- Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans anda, keengganan atau pengurangan gantirugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda.
- Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.
- Sebagai tambahan kepada soalan-soalan di dalam Borang Cadangan (atau semasa memohon insurans 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 (atau semasa permohonan insurans ini), apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan tidak tepat atau sudah berubah.

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/ tanggungan 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 gantirugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda.
- Kewajipan pendedahan diatas 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 (atau semasa permohonan insurans ini), apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan tidak tepat atau sudah berubah.

• Qualifying or waiting period

- The eligibility for benefits under the policy will only start thirty (30) days after the effective date of the policy. Unless renewed, the coverage will cease on expiry date and Lonpac Insurance Bhd shall strictly not be liable for any expenses that take place after the expiry date.

• Tempoh tangguh

- Kelayakan menerima manfaat di bawah polisi ini hanya akan bermula 30 hari selepas tarikh kuat kuasa polisi. Melainkan diperbaharui, perlindungan akan dihentikan pada tarikh tamat polisi dan Lonpac Insurance Bhd tidak akan bertanggungjawab atas apa-apa perbelanjaan yang ditanggung selepas tarikh tamat tersebut.

• Residence overseas

- No benefits shall be payable for medical treatment received outside Malaysia, if you reside or travel outside Malaysia for more than ninety (90) consecutive days.

• Tinggal di luar negara

- Tiada manfaat akan dibayar bagi rawatan perubatan yang diterima di luar Malaysia jika anda berada atau melakukan perjalanan di luar Malaysia lebih daripada sembilan puluh (90) hari berturut-turut.

• Cooling-off period

- You may cancel the policy by returning the policy contract to us within fifteen (15) days from the date of delivery of the policy. The premiums that you have paid (less any medical expenses incurred in the issuance of the policy) will be refunded to you. Renewal of the policy has no cooling-off period.

- *Tempoh bertenang* – Anda boleh batalkan polisi dengan mengembalikan kontrak polisi kepada kami dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh penyerahan polisi. Premium yang anda telah bayar (tolak apa-apa perbelanjaan perubatan yang ditanggung dalam pengeluaran polisi) akan dibayar balik kepada anda. Tiada tempoh bertenang bagi pembaharuan polisi.
- *Change in risk* – You shall give immediate written notice to us of any material change in your occupation, business, duties or pursuits and pay any additional premium that may be required.
- *Perubahan dalam risiko* – Anda hendaklah memberi notis bertulis dengan serta-merta kepada kami mengenai apa-apa perubahan yang material dalam pekerjaan, perniagaan, tugas atau usaha anda dan membayar apa-apa premium tambahan yang mungkin dikehendaki.
- *Upgraded room & board co-payment* – You have to bear 20% of the other eligible benefits described in the Schedule of Benefits, if you are hospitalised at a published Room & Board rate which is higher than your eligible benefit.
- *Bayaran bersama bilik & makan dinaikkan* – Anda perlu menanggung 20% daripada manfaat layak yang lain yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat jika anda dimasukkan ke hospital pada kadar Bilik & Makan yang lebih tinggi daripada manfaat yang anda layak.
- *Period of cover and renewal* – This Policy shall become effective as of the date stated in the Certificate of Insurance. The Policy Anniversary shall be one (1) year after the effective date and annually thereafter. On each such anniversary, this policy is renewable at the premium rates in effect at that time as notified by Lonpac Insurance Bhd.
- *Tempoh perlindungan dan pembaharuan* – Polisi ini hendaklah berkuat kuasa mengikut tarikh yang dinyatakan pada Sijil Insurans. Ulang Tahun Polisi adalah satu (1) tahun selepas tarikh kuat kuasa dan setiap tahun berikutnya. Pada setiap ulang tahun itu, polisi ini boleh dibaharui pada kadar premium yang berkuat kuasa pada masa itu seperti yang diberitahu oleh kami.
 - This Policy is renewable at your option subject to the terms, conditions and termination at each of the anniversary of the Policy date.
 - Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan anda tertakluk kepada terma, syarat dan penamatan pada setiap tarikh ulang tahun Polisi.
 - The renewal premium payable is not guaranteed and we reserve the right to determine the premium applicable specifically to each Insured Person at the time of renewal.
 - Premium pembaharuan yang dibayar tidak dijamin dan kami berhak menentukan premium yang terpakai secara khusus kepada setiap Orang yang Diinsuranskan pada masa pembaharuan.
 - During renewal, the terms and conditions of coverage shall not be amended, except where a particular Disability has reached the maximum limit per disability. In such situation, we reserve the right to specifically exclude such Disability from the Policy.
 - Pada masa pembaharuan, terma dan syarat perlindungan tidak boleh dipinda, kecuali apabila Hilang Upaya tertentu telah mencapai had maksimum bagi setiap hilang upaya. Dalam keadaan itu, kami berhak secara khusus mengeluarkan Hilang Upaya itu daripada Polisi.
 - We will give you thirty (30) days written notice in the event of revision of premium or portfolio withdrawal.
 - Kami akan hantar anda notis bertulis tiga puluh (30) hari sekiranya terdapat penyemakan semula premium atau penarikan balik portfolio.
- *Claims* – Upon the happening of a Disability that incurs claimable expenses, you shall notify us in writing within 30 days stating full particulars of the event.
- *Tuntutan* – Apabila berlakunya suatu Hilang Upaya melibatkan belanja boleh tuntutan, anda hendaklah memberitahu kami secara bertulis dalam tempoh 30 hari.

Note: / Nota:

This list is non-exhaustive. Please refer to the Policy Information Statement for the full list of terms and conditions under this policy.

Senarai ini tidak lengkap. Sila rujuk kepada Penyata Maklumat Polisi untuk senarai penuh terma dan syarat di bawah polisi ini.

6. What are the major exclusions under this policy? / Apakah pengecualian utama di bawah polisi ini?

This policy does not cover: / Polisi ini tidak melindungi:

- Pre-existing illness, and specified illnesses occurring during the first one-hundred and twenty (120) days of continuous cover
Penyakit sedia ada, dan penyakit tertentu yang berlaku dalam tempoh satu ratus dan dua puluh (120) hari pertama bagi perlindungan berterusan.
- Any medical or physical conditions arising within the first thirty (30) days after the effective date of insurance except for accidental injuries
Sebarang keadaan perubatan atau fizikal yang timbul dalam tempoh tiga puluh (30) hari yang pertama selepas tarikh kuat kuasa insurans kecuali bagi kecederaan akibat kemalangan
- Congenital abnormalities / *Keabnormalan kongenital*
- Plastic/cosmetic surgery / *Pembedahan plastik/kosmetik*
- Dental treatment not arising from accidental injuries
Rawatan pergigian yang tidak timbul daripada kecederaan akibat kemalangan
- Pregnancy / *Kehamilan*
- Hazardous sports / *Sukan berbahaya*

Note: / Nota:

This list is non-exhaustive. Please refer to the Policy Information Statement for the full list of exclusions under this policy.
Senarai ini tidak lengkap. Sila rujuk kepada Penyata Maklumat Polisi untuk senarai penuh pengecualian di bawah polisi ini.

7. Can I cancel my policy? / Bolehkah saya batalkan polisi saya?

You may cancel the policy at any time by giving written notice to us. Upon cancellation, and provided that no claims have been made during the current policy year, you shall be entitled to a refund of the premium as follows:

Anda boleh batalkan polisi pada bila-bila masa dengan memberi notis bertulis kepada kami. Apabila polisi dibatalkan, dan dengan syarat tiada tuntutan dibuat dalam tahun polisi semasa, anda layak menerima bayaran balik premium seperti yang berikut:

Period Not Exceeding / Tempoh Tidak Melebihi	Refund of Annual Premium / Bayaran Balik Premium Tahunan
15 days / 15 hari	90% (applicable to renewal only / terpakai untuk pembaharuan sahaja)
1 month / 1 bulan	80%
2 months / 2 bulan	70%
3 months / 3 bulan	60%
4 months / 4 bulan	50%
5 months / 5 bulan	40%
6 months / 6 bulan	30%
7 months / 7 bulan	25%
8 months / 8 bulan	20%
9 months / 9 bulan	15%
10 months / 10 bulan	10%
11 months / 11 bulan	5%
Period exceeding 11 months / Tempoh melebihi 11 bulan	No refund / Tiada bayaran balik

8. What do I need to do if there are changes to my contact details? / Apakah yang saya perlu lakukan jika terdapat perubahan pada butiran kontak saya?

It is important that you inform us of any change in your contact details to ensure that all correspondences reach you in a timely manner.

Adalah penting anda memaklumkan kepada kami apa-apa perubahan dalam butiran kontak anda untuk memastikan semua surat-menyurat sampai kepada anda tepat pada masanya.

9. Where can I get further information? / Di manakah boleh saya dapat maklumat lanjut?

Should you require additional information about hospitalisation and surgical insurance, please refer to the *insuranceinfo* booklet on 'Medical & Health Insurance', available at all our branches or you can obtain a copy from the insurance agent or visit www.insuranceinfo.com.my. / *Sekiranya anda menghendaki maklumat tambahan mengenai insurans penghospitalan dan pembedahan, sila rujuk kepada buku panduan info insurans tentang 'Insurans Perubatan & Kesihatan', yang ada di semua cawangan kami atau anda boleh dapatkan sebuah daripada ejen insurans atau layari www.insuranceinfo.com.my.*

If you have any enquiries, please contact us at: / *Jika anda mempunyai apa-apa pertanyaan, sila hubungi kami di:*

Customer Service Department
Lonpac Insurance Bhd
LG Floor, Bangunan Public Bank
6 Jalan Sultan Sulaiman
50000 Kuala Lumpur
Tel : 03 2262 8688
Fax : 03 2715 1332
E-mail : customerservice@lonpac.com

10. Other types of Hospitalisation and Surgical Insurance cover available
Jenis lindungan Insurans Penghospitalan dan Pembedahan lain yang ada

• Nil / • Tiada

IMPORTANT NOTE:

YOU SHOULD SATISFY YOURSELF THAT THIS POLICY WILL BEST SERVE YOUR NEEDS. YOU SHOULD READ AND UNDERSTAND THE INSURANCE POLICY AND DISCUSS WITH THE AGENT OR CONTACT US DIRECTLY FOR MORE INFORMATION.

NOTA PENTING:

ANDA HARUS BERPUAS HATI YANG POLISI INI AKAN MEMENUHI KEPERLUAN ANDA. ANDA HARUS BACA DAN FAHAM POLISI INSURANS DAN BINCANG DENGAN EJEN ATAU TERUS HUBUNGI KAMI UNTUK MAKLUMAT LANJUT.

This Product Disclosure Sheet is for general information only and is valid as at 01.09.2018.
Lembaran Pendedahan Produk ini hanya untuk maklumat am sahaja dan sah pada 01.09.2018.