



**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) 2072 3385 Website: www.lonpac.com



**PUBLIC MUTUAL**  
WHOLLY-OWNED SUBSIDIARY OF PUBLIC BANK

## Mutual MediPlus Proposal Form / Borang Cadangan Mutual MediPlus

### 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 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/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 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/web/my/privacy\\_policy\\_my](http://www.lonpac.com/web/my/privacy_policy_my)

Bagi maklumat mengenai polisi privasi kami, sila lawat laman web kami [www.lonpac.com/web/my/privacy\\_policy\\_my](http://www.lonpac.com/web/my/privacy_policy_my)

#### **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.



**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) 2072 3385 Website: www.lonpac.com



**PUBLIC MUTUAL**  
WHOLLY-OWNED SUBSIDIARY OF PUBLIC BANK

## Mutual MediPlus Proposal Form / Borang Cadangan Mutual MediPlus

Policy No. : \_\_\_\_\_  
No. Polisi \_\_\_\_\_

Agent's Name : \_\_\_\_\_  
Nama Ajen \_\_\_\_\_

Agent's Reference No.: \_\_\_\_\_  
No. Rujukan Ajen \_\_\_\_\_

Branch: \_\_\_\_\_  
Cawangan \_\_\_\_\_

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

### DETAILS OF PROPOSER/PERSON TO BE INSURED / BUTIR-BUTIR PENCADANG/ORANG YANG AKAN DIINSURANSKAN

Name (As in NRIC / Passport) : \_\_\_\_\_  
Nama (Seperti dalam K.P. / Pasport) \_\_\_\_\_

NRIC / Passport No. : \_\_\_\_\_ Nationality : \_\_\_\_\_  
No. K.P. / Pasport \_\_\_\_\_ Warganegara \_\_\_\_\_

Address : \_\_\_\_\_  
Alamat \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_  
Poskod \_\_\_\_\_

Telephone No. : \_\_\_\_\_ Mobile Phone : \_\_\_\_\_  
No. Telefon \_\_\_\_\_ Telefon Bimbit \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_  
Emel \_\_\_\_\_

Date of Birth : \_\_\_\_\_ Gender :  Male  Female  
Tarikh Lahir \_\_\_\_\_ Jantina  Lelaki  Perempuan  
(dd/mm/yyyy) / (hh/bb/tttt)

Race :  Malay  Chinese  Indian  Others  
Bangsa  Melayu  Cina  India  Lain-lain

Height (cm): \_\_\_\_\_ Weight (kg): \_\_\_\_\_  
Tinggi (cm) \_\_\_\_\_ Berat (kg) \_\_\_\_\_

Marital Status :  Single  Married  Divorced  Widow  Widower  
Taraf Perkahwinan  Bujang  Kahwin  Berceraai  Balu  Duda

Occupation : \_\_\_\_\_ Are you currently pregnant?  Yes  No  
Pekerjaan \_\_\_\_\_ Adakah anda sedang mengandung?  Ya  Tidak

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

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

Choice of Plan :  Plan 1  Plan 2  Plan 3  Plan 4  Plan 5  Plan 6  
Pilihan Pelan  Pelan 1  Pelan 2  Pelan 3  Pelan 4  Pelan 5  Pelan 6

**QUESTIONNAIRE / SOAL SELIDIK**

1. Does the person to be insured have any deformity or illness?  
*Adakah orang yang akan diinsuranskan mempunyai sebarang kecacatan atau penyakit?*  Yes / Ya  No / Tidak
2. Has the person to be insured ever undergone any surgical operation?  
*Pernahkah orang yang akan diinsuranskan menjalani sebarang pembedahan?*  Yes / Ya  No / Tidak
3. Has the person to be insured ever been hospitalised for any illness or injury?  
*Pernahkah orang yang akan diinsuranskan dimasukkan ke hospital untuk sebarang penyakit atau kecederaan?*  Yes / Ya  No / Tidak
4. Is the person to be insured currently under medication or supervision of a doctor or physician for any illness or disability?  
*Adakah orang yang akan diinsuranskan sedang mengambil ubat atau diawasi oleh doktor untuk sebarang penyakit atau kecacatan?*  Yes / Ya  No / Tidak
5. Has the person to be insured ever been advised to have a surgical operation which has yet to be performed?  
*Pernahkah orang yang akan diinsuranskan dinasihatkan supaya menjalani pembedahan yang belum lagi dilaksanakan?*  Yes / Ya  No / Tidak
6. Is the person to be insured a carrier of any condition, such as hepatitis, etc..?  
*Adakah orang yang akan diinsuranskan pembawa sebarang penyakit, seperti hepatitis, dll..?*  Yes / Ya  No / Tidak
7. If any of Question 1 to 6 is answered "Yes", please complete the details below. Please use a separate sheet of paper if necessary.  
*Jika jawapan anda adalah "Ya" kepada mana-mana soalan daripada 1 ke 6, sila beri maklumat lanjut di bawah. Sila gunakan kertas lampiran jika perlu.*

Question Number <i>Nombor Soalan</i>	Date of Disability <i>Tarikh Kecacatan</i>	Description of Disability <i>Keterangan Bersabit Kecacatan</i>	Result of Treatment <i>Keputusan Rawatan</i>	Name and Address of Doctor and Hospital <i>Nama dan Alamat Doktor dan Hospital</i>

8. Has the person to be insured ever had an application for or renewal of health insurance policy declined or accepted at other than normal terms?  
*Pernahkah permohonan insurans kesihatan atau pembaharuan polisi kesihatan untuk orang yang akan diinsuranskan ditolak atau diterima dengan terma yang luar biasa?*  Yes / Ya  No / Tidak

If the answer is "Yes", please give details.  
*Jika jawapan anda adalah "Ya", sila beri maklumat lanjut.*

---



---

9. Is the person to be insured currently insured under any other health insurance policy?  
*Adakah orang yang akan diinsuranskan kini dilindungi dengan lain-lain polisi insurans kesihatan?*  Yes / Ya  No / Tidak

If the answer is "Yes", please give details.  
*Jika jawapan anda adalah "Ya", sila beri maklumat lanjut.*

---



---

10. My usual doctor is  
*Doktor biasa saya adalah*

Name : \_\_\_\_\_  
*Nama*

Address : \_\_\_\_\_  
*Alamat*

Tel No : \_\_\_\_\_  
*No. Tel*

## 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 Proposer :  
Tandatangan Pencadang \_\_\_\_\_

## PREMIUM / PREMIUM

Please fill in the space provided.  
*Sila lengkapkan di dalam ruang yang disediakan.*

Age Next Birthday Umur Harijadi Berikut	Plan Pelan	Premium Premium	Stamp Duty Duti Setem	Total Payment Jumlah Bayaran

Collection of payment shall not be construed as acceptance of your application until the proposal is approved by the insurer 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 receipt is deemed automatically cancelled and the insurer shall not be liable for any claims whatsoever.

*Pungutan bayaran tidak boleh dianggap sebagai penerimaan permohonan anda sehinggalah permohonan diterima oleh penginsurans dan ianya juga tertakluk kepada penjelasan pembayaran 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 penginsurans tidak dipertanggungjawabkan ke atas apa jua tuntutan.*

## PAYMENT / PEMBAYARAN

Cheque payable to **LONPAC INSURANCE BHD**      Cheque No.: \_\_\_\_\_ RM \_\_\_\_\_  
*Cek dibayar kepada LONPAC INSURANCE BHD*      No. Cek \_\_\_\_\_

I hereby authorise **LONPAC INSURANCE BHD** to charge to my Credit Card Account my premium amount of:  
*Saya dengan ini membenarkan LONPAC INSURANCE BHD untuk mengenakan caj kepada Akaun Kad Kredit saya premium saya berjumlah:*

RM \_\_\_\_\_       VISA       MASTERCARD      Card Expiry Date :  
Tarikh Luput Kad \_\_\_\_\_

Credit Card No.: \_\_\_\_\_      Issuing Bank : \_\_\_\_\_  
No. Kad Kredit \_\_\_\_\_      Bank Pengeluar \_\_\_\_\_

Relationship between Cardholder and Proposer : \_\_\_\_\_  
*Hubungan antara Pemegang Kad dan Pencadang*

Date : \_\_\_\_\_      Cardholder's Signature : \_\_\_\_\_  
Tarikh \_\_\_\_\_      Tandatangan Pemegang Kad \_\_\_\_\_  
(dd/mm/yyyy) / (hh/bb/tttt)