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

MUTUAL MEDIPLUS HOSPITAL & SURGICAL INSURANCE PROPOSAL FORM
BORANG CADANGAN INSURANS PENGHOSPITALAN & PEMBEDAHAN 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 gantirugi, 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/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

MUTUAL MEDIPLUS HOSPITAL & SURGICAL INSURANCE PROPOSAL FORM
BORANG CADANGAN INSURANS PENGHOSPITALAN & PEMBEDAHAN MUTUAL MEDIPLUS

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

Agent's Name:
Nama Agen: _____

Agent's Reference No.:
No. Rujukan Agen: _____

Branch:
Cawangan: _____

Type of Application:
Jenis Permohonan

☐ New Application
Permohonan Baru

☐ Change Plan upon Renewal of Policy No.:
Tukar Pelan semasa Pembaharuan Polisi No.: _____

Choice of Plan:
Pilihan Pelan:

☐ Plan 1 / *Pelan 1*
☐ Plan 2 / *Pelan 2*
☐ Plan 3 / *Pelan 3*
☐ Plan 4 / *Pelan 4*
☐ Plan 5 / *Pelan 5*
☐ Plan 6 / *Pelan 6*

Details of Proposer / *Butir-butir Pencadang*

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/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 *Bercerai* ☐ 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:
Perhubungan dengan Pencadang:
☐ Self *Sendiri* ☐ 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/tttt*)

Nationality:
Warganegara: _____

Gender:
Jantina:
☐ Male *Lelaki* ☐ Female *Perempuan*

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

Height (cm):
Tinggi (sm): _____

Weight (kg):
Berat (kg): _____

Fulltime Student?
Pelajar Sepenuh Masa?
☐ Yes *Ya* ☐ No *Tidak*

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:*

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? 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:

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:
   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?

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.
   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.

   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 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.

   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.
   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.

	Yes *Ya*	No *Tidak*
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) 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? *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?*	☐	☐

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*	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):*		
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:*	☐	☐

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*

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 berkesanan dan sah sabagai 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 Hari Lahir Berikutnya*	Plan *Pelan*	Premium *Premium*	Stamp Duty *Duti Setem*	Total Payment *Jumlah Bayaran*

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 whatsover.
   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. 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.

3. 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.