

**TRAVELRIGHT PLUS INSURANCE (SINGLE TRIP/ANNUAL COVER) PROPOSAL FORM**  
**BORANG PERMOHONAN INSURANS TRAVELRIGHT PLUS (PERLINDUNGAN SATU PERJALANAN/TAHUNAN)**

Broker/Agent Broker/Ejen	Account Code Kod Akaun	For Office Use Only Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja	Date / Tarikh Policy No. / No. Polisi
-----------------------------	---------------------------	--	--

Please type or use BLOCK LETTERS to answer the following questions. It is important that a complete answer be given to every question. This proposal form must be completed by you accurately. If you delegate this task to the intermediary to complete, it will not absolve you of the responsibility for the information disclosed or provided in this form.

**IMPORTANT NOTICE**

You must take reasonable care not to misrepresent when answering questions in the proposal form or in any request made by MSIG Insurance (Malaysia) Bhd ("Company") and check the information you have provided is complete and accurate. You should also disclose all relevant information which may influence the Company in the acceptance of this insurance, decide the terms and the premium you will pay. If you do not take reasonable care and the information provided by you is incomplete or inaccurate, this may affect your claim. Your responsibility to provide complete and accurate information when requested by the Company shall continue until the time of you entering into, making changes to or renewing your insurance.

Sila gunakan HURUF BESAR bagi menjawab setiap soalan berikut. Jawapan yang lengkap hendaklah diberikan kepada setiap soalan. Borang permohonan ini hendaklah dilengkapi dengan tepat. Sekiranya borang ini dilengkapi oleh perantara bagi pihak anda, anda masih bertanggungjawab ke atas segala maklumat yang diberikan di dalam borang ini.

**NOTIS PENTING**

Anda mesti mengambil penjagaan munasabah untuk tidak salah nyata semasa menjawab soalan di dalam borang cadangan atau di dalam apa-apa permintaan yang dibuat oleh MSIG Insurance (Malaysia) Bhd ("Syarikat") dan memeriksa maklumat yang anda berikan adalah lengkap dan tepat. Anda juga perlu mendedahkan semua maklumat yang relevan yang boleh mempengaruhi Syarikat bagi penerimaan insurans ini, memutuskan terma dan premium yang anda akan bayar. Jika anda tidak mengambil penjagaan munasabah dan maklumat yang diberikan oleh anda adalah tidak lengkap atau tidak tepat, ini boleh menjejaskan tuntutan anda. Tanggungjawab anda untuk menyediakan maklumat lengkap dan tepat apabila diminta oleh Syarikat hendaklah berterusan sehingga ke masa insurans itu dibuat oleh anda, membuat perubahan kepada atau memperbaharui insurans anda.

**YOUR INSURANCE REQUIREMENTS / KEPERLUAN INSURANS ANDA**
**TYPE OF PLAN / JENIS PELAN** Please tick (✓) / Sila tandakan (✓)  
**Single Trip Cover / Perlindungan Satu Perjalanan**

- Insured only / Pemegang polisi sahaja  
 Insured & Spouse Plan / Pelan Pemegang polisi & suami/isteri  
 Family Plan / Pelan Keluarga  
 One-way cover (students/migrating travel only)  
 Perlindungan sehalu (perjalanan untuk pelajar/penghijrah sahaja)

**DESTINATION / DESTINASI** Please tick (✓) / Sila tandakan (✓)

- Area 1 / Kawasan 1:  
 Australia, Brunei, Cambodia, China, Hong Kong, India, Indonesia, Japan, Korea, Laos, Macau, Maldives, Myanmar, New Zealand, Pakistan, Philippines, Singapore, Sri Lanka, Taiwan, Thailand and Vietnam

- Area 3 / Kawasan 3:  
 Worldwide and countries in Area 1 and 2 but excluding / Seluruh Dunia dan negara-negara di Kawasan 1 dan 2 kecuali Afghanistan, Cuba, Democratic Republic of Congo, Iran, Iraq, Sudan and Syria

**PERIOD OF COVER / TEMPOH PERLINDUNGAN** No. of Days / Bil. Hari

 From/Dari    /    /  

 To/Hingga    /    /  
**Annual Cover / Perlindungan Tahunan**

- Insured only / Pemegang polisi sahaja  
 (Covers multiple trips up to 90 days for each trip  
 Melindungi pelbagai perjalanan sehingga 90 hari bagi setiap perjalanan)

- Area 2 / Kawasan 2:  
 Europe, Tibet, Nepal and Mongolia and countries in Area 1 / dan negara-negara di Kawasan 1

- Area 4 / Kawasan 4:  
 Malaysia (applicable to single trip between Peninsular and East Malaysia and vice versa) / (berkenaan untuk satu perjalanan antara Semenanjung dan Malaysia Timur dan sebaliknya)

 Total Premium Payable\* Inclusive of 6% GST (if applicable) /  
 Premium Mesti Dibayar\* Termasuk 6% CBP (jika ada):

 RM     

\*Add RM10 stamp duty / Tambah RM10 duti setem

**MEDICAL EXCLUSIONS / PENGECUALIAN PERUBATAN**

If at the time of purchasing this policy, the following conditions apply to you, you will not be covered for any claim arising directly or indirectly from that medical condition.

1. Receiving in-patient treatment or is on a waiting list for in-patient treatment.
2. Received a terminal prognosis from a medical practitioner.
3. Travelling against the advice of a medical practitioner, or in order to obtain medical advice or treatment abroad.
4. Having a psychological condition including anxiety, depression or mental illness.
5. AIDS, AIDS-related complex and sexually transmitted diseases.
6. Pre-existing condition.

Jika pada masa membeli polisi ini, syarat-syarat berikut dikenakan kepada anda, anda tidak akan dilindungi bagi sebarang tuntutan yang timbul secara langsung atau tidak langsung daripada keadaan perubatan.

1. Menerima rawatan pesakit dalam atau berada di dalam senarai menunggu untuk rawatan pesakit dalam.
2. Menerima prognosis terminal daripada pengamal perubatan.
3. Perjalanan yang bertentangan dengan nasihat pengamal perubatan, atau untuk mendapatkan nasihat perubatan atau rawatan di luar negara.
4. Mempunyai keadaan psikologi termasuk keresahan, kemurungan atau penyakit mental.
5. AIDS, penyakit berkaitan AIDS dan penyakit yang dipindahkan menerusi hubungan seks.
6. Masalah kesihatan yang sedia ada.

**Pengakuan oleh Saksi**

Saya dengan ini mengaku bahawa mana-mana maklumat peribadi saya yang dikumpul atau dipegang oleh MSIG Insurance (Malaysia) Bhd ("Syarikat") diperuntukkan dengan keizinan saya untuk ia digunakan, diproses dan didedahkan kepada individu atau organisasi yang berkaitan atau dikaitkan dengan MS & AD Insurance Group (di dalam dan di luar Malaysia) termasuk antara jabatan dalam Syarikat atau mana-mana penyelia perkhidmatan pihak ketiga yang dipilih termasuk insurans atau syarikat yang diinsuranskan semula, firma broker, syarikat pelaras kerugian, tuntutan atau syarikat penyiataan forensik, firma guaman, syarikat-syarikat rujukan kredit, mana-mana penyedia perkhidmatan yang dilantik oleh pihak berkuasa/persatuan atau syarikat insurans bersekutu, persatuan/persatuan syarikat insurans bersekutu atau mana-mana entiti korporat atau badan-badan kerajaan dan kehakiman atau pengawal selia dengan siapa Syarikat dimestikan untuk mendedahkan di bawah keperluan mana-mana undang-undang berkaitan dengan Syarikat atau mana-mana sekutu atau rakan kongsi.

Signature of Witness\*  
Tandatangan Saksi\*

Date/Tarikh

Name of Witness\* / Nama Saksi\*  
I.C. (New) checked by / K.P. (Baru) disahkan oleh

Address/Alamat

**IMPORTANT NOTES:-**

- (a) Pursuant to Paragraph 2(4)(a) of Schedule 10 of the Financial Services Act 2013, the policy owner has to assign the policy benefits to his nominee if his intention is for his nominee, other than his spouse, child or parent, to receive the policy benefits beneficially and not as an executor.
- (b) Pursuant to Paragraph 5(1) of Schedule 10 of the Financial Services Act 2013, a nomination made by a non-Muslim policy owner shall create a trust in favour of the nominee of the policy moneys payable upon the death of the policy owner, if - (a) the nominee is his spouse or child; or (b) the nominee is his parent (if there is no spouse or child living at the time making the nomination).
- (c) Pursuant to Paragraph 2(3) of Schedule 10 of the Financial Services Act 2013, the above nomination shall be witnessed by a witness who must be eighteen (18) years old and above and of sound mind and not the nominee stated above.
- (d) A nominee of a Muslim policy owner upon receipt of the policy moneys shall distribute the policy moneys in accordance with Islamic law.
- (e) For full details about the power to make nomination, revocation of nomination, trust of policy moneys, payment of policy moneys where there is nomination and etcetera, you are advised to refer to Paragraph 1 to 13 of Schedule 10 of the Financial Services Act 2013.

**NOTA PENTING:-**

- (a) Menurut Perenggan 2(4)(a) Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, pemunya polisi perlu menyerahkan manfaat polisi itu kepada penamanya sekiranya niatnya adalah bagi penamanya, selain suaminya atau isterinya, anaknya atau ibu bapanya, untuk menerima manfaat polisi itu secara benefisial dan bukan sebagai wasi.
- (b) Menurut Perenggan 5(1) Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, suatu penamaan yang dibuat oleh pemunya polisi yang bukan beragama Islam hendaklah mewujudkan suatu amanah atas penama bagi wang polisi yang kena dibayar atas kematian pemunya polisi, sekiranya - (a) penama itu adalah suaminya atau isterinya, atau anaknya; atau (b) penama itu adalah ibu bapanya (jika tiada suami atau isteri atau anak yang masih hidup pada masa membuat penamaan).
- (c) Menurut Perenggan 2(3) Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, penamaan di atas hendaklah disaksikan oleh seorang saksi yang mesti berumur lapan belas (18) tahun dan ke atas dan yang sempurna akal dan bukan seorang penama yang dinyatakan di atas.
- (d) Seorang penama pemunya polisi yang beragama Islam apabila menerima wang polisi hendaklah mengagihkan wang polisi mengikut undang-undang Islam.
- (e) Untuk maklumat lengkap tentang kuasa untuk membuat penamaan, pembatalan penamaan, amanah wang polisi, pembayaran wang polisi jika terdapat penamaan dan sebagainya, anda dinasihatkan untuk merujuk kepada Perenggan 1 hingga 13 Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013.

**PAYMENT BY CREDIT CARD / BAYARAN DENGAN KAD KREDIT**

If paying by credit card / Jika membayar dengan kad kredit

Visa or MasterCard only / Visa atau MasterCard sahaja

Card No. / No. Kad

Visa  MasterCard

Expiry / Tarikh Luput

| M | M | / | Y | Y |

Name on Credit Card / Nama atas Kad Kredit

Signature of Cardholder / Tandatangan Pemegang Kad

**DECLARATION BY INTERMEDIARY ON CUSTOMER DUE DILIGENCE  
PENGAKUAN OLEH PERANTARA DI ATAS USAHA WAJAR PELANGGAN**

In compliance with Section 16(2) of the Anti-Money Laundering and Anti-Terrorism Financing Act 2001:

Selaras dengan Seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram dan Pencegahan Pembiayaan Keganasan 2001:

1. I hereby certify that the Proposer's original I.C. / Passport / Business Registration Certificate\* was verified and authenticated by me at the point of sale. / Saya dengan ini mengesahkan bahawa K.P. asli / Pasport / Sijil Pendaftaran Perniagaan Pemohon\* telah disemak dan disahkan oleh saya pada masa jualan.
2. I attach hereto photocopy of the original I.C. / Passport / Business Registration Certificate\* where the single or group policy premiums exceed RM50,000 or RM100,000 per annum respectively. / Saya sertakan bersama salinan K.P. asli / Pasport / Sijil Pendaftaran Perniagaan dimana premium polisi individu atau kumpulan yang melebihi RM50,000 atau RM100,000 setahun.

\*Please delete where applicable. / Sila potong mana yang berkenaan.

Sighted and verified by (Name)  
Disemak dan disahkan oleh (Nama)

Signature/Tandatangan

Date/Tarikh

Please tick (✓) if you want to receive information about future product launches/promotions as well as those of selected third parties.

- Yes, please send me information about future product launches/promotions by:  
 telephone  email  post  sms
- No, please don't send me any information about future product launches/promotions.

Sila tandakan (✓) sekiranya anda ingin menerima maklumat mengenai pelancaran/promosi produk pada masa hadapan dan mengenai pihak ketiga yang telah dilantik.

- Ya, sila hantar kepada saya maklumat mengenai pelancaran/promosi produk pada masa akan datang melalui:  
 telefon  emel  pos  sms
- Tidak, sila jangan hantar kepada saya maklumat mengenai pelancaran/promosi produk pada masa akan datang.

Signature of Proposer  
Tandatangan Pemohon

Date/Tarikh

I.C. (New) checked by / K.P. (Baru) disahkan oleh

#### Important Notice

- The policyholder is hereby notified that the Company has appointed agents/representatives who have the authority to solicit or negotiate contracts of insurance on behalf of the Company. All authorised agents/representatives are issued with authorisation cards.
- Please ensure that you have received proof of payment of premium from the Company or appointed agents/representatives.
- We advise you to read the terms of the Policy and seek clarification if you are unsure of certain policy terms or conditions. A specimen policy is available upon request.
- You are advised to either refer to the Bank Negara Malaysia issued Consumer Education Booklets or refer to the insurance information website at [www.insuranceinfo.com.my](http://www.insuranceinfo.com.my).

#### Notis Penting

- Pemohon adalah dimaklumkan bahawa pihak Syarikat telah melantik ejen/wakil yang diberi kuasa untuk menguruskan atau membuat rundingan berkenaan dengan kontrak insurans bagi pihak Syarikat. Kesemua ejen/wakil yang diberi kuasa mempunyai kad kuasa.
- Sila pastikan bahawa anda telah menerima bukti pembayaran premium daripada Syarikat atau ejen/wakil Syarikat.
- Sila baca terma-terma polisi anda dan meminta penjelasan sekiranya anda tidak memahami terma-terma dan syarat-syarat polisi yang tertentu. Satu contoh polisi boleh didapati di atas permintaan anda.
- Anda dinasihatkan merujuk kepada Buku-buku Pendidikan Pengguna yang diterbitkan oleh Bank Negara Malaysia atau laman web maklumat insurans di [www.insuranceinfo.com.my](http://www.insuranceinfo.com.my).

#### NOMINATION/PENAMAAN

I hereby nominate the following as nominee(s) / Di sini saya menamakan penama di bawah:

Name Of Nominee Penama	Address Alamat	I.C. No. (New) / Passport No. No. K.P. (Baru) / No. Paspot	Date Of Birth Tarikh Lahir	Relationship Hubungan	% Of Share % Perkongsian

#### Declaration by Proposer/Insured

I hereby declare that any of my personal information collected or held by MSIG Insurance (Malaysia) Bhd ("Company") is provided with my consent for it to be used, processed and disclosed to individuals or organisations related or associated with MS & AD Insurance Group (in and outside of Malaysia) including inter-departments within the Company or any selected third party service providers such as insurance or reinsurance companies, broking firms, loss adjusting companies, claims or forensic investigations companies, law firms, credit reference companies, any service provider appointed by governing authority/association/federation of insurance companies, association or federation of insurance companies or any corporate entities or governmental and judicial bodies or regulators to whom the Company is obliged to disclose under the requirement of any law relating to the Company or any of its affiliates or partners.

I further declare and confirm that I have obtained the consent of the nominee(s) named herein and that he/she has authorised me to disclose his/her personal information on his/her behalf.

#### Pengakuan oleh Pencadang/Pihak Diinsuranskan

Saya dengan ini mengaku bahawa mana-mana maklumat peribadi saya yang dikumpul atau dipegang oleh MSIG Insurance (Malaysia) Bhd ("Syarikat") diperuntukkan dengan keizinan saya untuk ia digunakan, diproses dan didedahkan kepada individu atau organisasi yang berkaitan atau dikaitkan dengan MS & AD Insurance Group (di dalam dan di luar Malaysia) termasuk antara jabatan dalam Syarikat atau mana-mana penyelia perkhidmatan pihak ketiga yang dipilih termasuk insurans atau syarikat yang diinsuranskan semula, firma broker, syarikat pelaras kerugian, tuntutan atau syarikat penyiasatan forensik, firma guaman, syarikat-syarikat rujukan kredit, mana-mana penyedia perkhidmatan yang dilantik oleh pihak berkuasa/persatuan atau syarikat insurans bersekutu, persatuan/persatuan syarikat insurans bersekutu atau mana-mana entiti korporat atau badan-badan kerajaan dan kehakiman atau pengawal selia dengan siapa Syarikat dimestikan untuk mendedahkan di bawah keperluan mana-mana undang-undang berkaitan dengan Syarikat atau mana-mana sekutu atau rakan kongsi.

Saya mengaku dan mengesahkan bahawa saya telah memperolehi persetujuan penama yang dinamakan di sini dan yang beliau telah membenarkan saya mendedahkan maklumat peribadi beliau bagi pihak beliau.

Signature of Proposer or Insured  
Tandatangan Pemohon atau Pihak Diinsuranskan

Date/Tarikh

Name of Proposer or Insured / Nama Pemohon  
atau Pihak Diinsuranskan  
I.C. (New) checked by / K.P. (Baru) disahkan oleh

#### Declaration by Witness

I hereby declare that any of my personal information collected or held by MSIG Insurance (Malaysia) Bhd ("Company") is provided with my consent for it to be used, processed and disclosed to individuals or organisations related or associated with MS & AD Insurance Group (in and outside of Malaysia) including inter-departments within the Company or any selected third party service providers such as insurance or reinsurance companies, broking firms, loss adjusting companies, claims or forensic investigations companies, law firms, credit reference companies, any service provider appointed by governing authority/association/federation of insurance companies, association or federation of insurance companies or any corporate entities or governmental and judicial bodies or regulators to whom the Company is obliged to disclose under the requirement of any law relating to the Company or any of its affiliates or partners.

**PARTICULARS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PEMOHON**

	Name (As In I.C. (New) Or Passport) (Underline Surname) Nama (Seperti Di Dalam K.P. (Baru) Atau Paspot) (Gariskan Nama Keluarga)	Occupation Pekerjaan	I.C. No. (New) / Passport No. No. K.P. (Baru) / No. Paspot	Date Of Birth Tarikh Lahir
1.				
2.				
3.				
4.				

I am a (tick one) / Saya ialah (pilih satu)  Malaysian/Malaysia Permanent Resident/Work Permit/Employment Pass Holder  
Warganegara Malaysia/Pemastautin Tetap Di Malaysia/Pemegang Permit Kerja/Pas Pekerjaan  
 Non Resident / Individu Bukan Pemastautin

Nature of Business / Jenis Perniagaan

Address/Alamat

Postcode/Poskod

Tel. No. / No. Tel.: Home/Rumah

Office/Pejabat

Mobile / Telefon Bimbit

Fax No. / No. Faks

Email/Emel

**DECLARATION BY PROPOSER / PENGAKUAN OLEH PEMOHON**

I am/We are in good health, free from physical impairment or deformity and I am/we are not travelling for the purpose of obtaining medical treatment or travelling against the advice of any medical practitioner.

I/We understand no refund of premium is granted once the travel certificate is issued.

I/We to the best of my/our knowledge hereby confirm that the statements contained in this proposal form are true and correct and I/we have not concealed, misrepresented or misstated any material fact.

I/We agree to accept insurance subject to the terms and conditions of the Company's policy and that the insurance will not be in force until the proposal has been accepted by the Company, except to the extent of any official cover note which may be issued.

I/We hereby declare that any of my/our personal information collected or held by the Company is provided with my/our consent for it to be used, processed and disclosed to individuals or organisations related or associated with MS & AD Insurance Group (In and outside of Malaysia) including inter-departments within the Company or any selected third party service providers such as insurance or reinsurance companies, broking firms, loss adjusting companies, claims or forensic investigations companies, law firms, credit reference companies, any service provider appointed by governing authority/association/federation of insurance companies, association or federation of insurance companies or any corporate entities or governmental and judicial bodies or regulators to whom the Company is obliged to disclose under the requirement of any law relating to the Company or any of its affiliates or partners.

I/We further declare and confirm that I/we have obtained the consent of the person(s) named herein and that he/she/they has/have authorised me/us to disclose his/her/their personal information on his/her/their behalf.

I/We understand that I am/we are entitled to obtain access to and to request correction of my/our personal information held by the Company. I/We also understand that I am/we are entitled to inform the Company to cease processing my/our personal information concerning me/us for the purpose of future cross marketing exercises and that such request can be made to the Company.

Saya/Kami mengaku berada dalam keadaan sihat, bebas daripada ketidaksempurnaan atau kecacatan fizikal dan saya/kami tidak melakukan perjalanan untuk tujuan mendapatkan rawatan perubatan atau perjalanan yang bertentangan dengan nasihat mana-mana ahli perubatan.

Saya/Kami memahami bahawa bayaran premium tidak akan dikembalikan setelah sijil perjalanan dikeluarkan.

Saya/Kami sepanjang pengetahuan saya/kami mengesahkan bahawa segala kenyataan yang terkandung di dalam borang permohonan ini adalah benar dan betul dan saya/kami tidak menyembunyikan, memutarbelitkan atau menyalahnyatakan sebarang fakta material.

Saya/Kami bersetuju menerima perlindungan insurans ini bergantung kepada syarat-syarat dan peraturan polisi Syarikat dan perlindungan insurans ini tidak akan dikuatkuasakan sehingga diluluskan oleh pihak Syarikat, kecuali sehingga notis perlindungan rasmi diisukan.

Saya/Kami dengan ini mengaku bahawa mana-mana maklumat peribadi saya/kami yang dikumpul atau dipegang oleh Syarikat diperuntukkan dengan keizinan saya/kami untuk ia digunakan, diproses dan didedahkan kepada individu atau organisasi yang berkaitan atau dikaitkan dengan MS & AD Insurance Group (di dalam dan di luar Malaysia) termasuk antara jabatan dalam Syarikat atau mana-mana penyedia perkhidmatan pihak ketiga yang dipilih termasuk insurans atau syarikat yang diinsuranskan semula, firma broker, syarikat pelaras kerugian, tuntutan atau syarikat penyiasatan forensik, firma guaman, syarikat-syarikat rujukan kredit, mana-mana penyedia perkhidmatan yang dilantik oleh pihak berkuasa/persatuan atau syarikat insurans bersekutu, persatuan/persatuan syarikat insurans bersekutu atau mana-mana entiti korporat atau badan-badan kerajaan dan kehakiman atau pengawal sella dengan siapa Syarikat dimestikan untuk mendedahkan di bawah keperluan mana-mana undang-undang berkaitan dengan Syarikat atau mana-mana sekutu atau rakan kongsi.

Saya/Kami mengaku dan mengesahkan bahawa saya/kami telah memperolehi persetujuan pihak yang dinamakan di sini dan yang beliau/mereka telah membenarkan saya/kami mendedahkan maklumat peribadi beliau/mereka bagi pihak beliau/mereka.

Saya/Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses kepada dan meminta pembetulan maklumat peribadi saya/kami seperti yang dipegang oleh Syarikat. Saya/Kami juga faham bahawa saya/kami berhak memberitahu Syarikat untuk menghentikan memproses mana-mana maklumat peribadi berkenaan saya/kami untuk tujuan latihan pemasaran di masa hadapan dan permintaan sedemikian boleh dibuat kepada Syarikat.