



MSIG Insurance (Malaysia) Bhd (46983-W)

Head Office : Bancassurance Department, Level 16, Menara Hap Seng 2, Plaza Hap Seng,

No.1, Jalan P.Ramlee, 50250 Kuala Lumpur

Banca Hotline : 1-800-88-6163, FAX. +603 2070 5959, Email : bancahotline@my.msig-asia.com

www.msig.com.my

A member of MS&AD INSURANCE GROUP

CRITICAL ILLNESS PROTECTION PLAN PROPOSAL FORM
BORANG CADANGAN PELAN PERLINDUNGAN PENYAKIT KRITIKAL

Table with 6 columns: Broker/Agent, Account Code, For Office Use Only, 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.

Sila gunakan HURUF BESAR bagi menjawab setiap soalan berikut. Jawapan yang lengkap hendaklah diberikan kepada setiap soalan.

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")

NOTIS PENTING

Anda mesti mengambil penjiagaan 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")

Form with sections: PLAN TO BE INSURED / PELAN INSURANS YANG DIKEHENDAKI, PARTICULARS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG, including fields for Name, Gender, Date of Birth, Height, Weight, Occupation, etc.

PARTICULARS OF INSURED PERSON (IF DIFFERENT FROM PROPOSER)
BUTIR-BUTIR ORANG YANG DIINSURANSKAN (JIKA LAIN DARIPADA PENCADANG)

Name (Underline Surname) / Nama (Gariskan Nama Keluarga)

I.C. No. (New) / Passport No. / No. K.P. (Baharu) / No. Pasport Date of Birth / Tarikh Lahir Height / Tinggi (cm) Weight / Berat (kg)

Relationship to Proposer / Hubungan kepada Pencadang

Usual Country of Residence / Negara Bermastautin

Home Country / Negara Asal

Occupation / Pekerjaan

Type of Class / Jenis Kelas

1 2 3

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. (Baharu) / No. Pasport	Date of Birth Tarikh Lahir	Relationship Hubungan	% Of Share % Perkongsian

Declaration by Proposer

I 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

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 / Tandatangan Pencadang

Date / Tarikh

Name of Proposer / Nama Pencadang

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

Declaration by Witness

I hereby declare that any of my personal information collected or held by the 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.

Pengakuan oleh Saksi

Saya dengan ini mengaku bahawa mana-mana maklumat peribadi saya yang dikumpul atau dipegang oleh 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 mengawal 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*

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 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**.

GENERAL QUESTIONS / SOALAN-SOALAN AM

1. Have you or any person to be insured ever suffered from stroke, diabetes, anaemia, hepatitis, heart or circulation disorder, kidney disease, tumour or cancerous growth, physical or mental disability or any other disorder?

Pernakah anda atau sesiapa yang bakal diinsuranskan menghadapi penyakit strok, diabetes, anemia, hepatitis, sakit jantung atau gangguan peredaran darah, penyakit buah pinggang, ketumbuhan atau kanser yang merebak, kurang upaya fizikal atau mental atau gangguan lain?

Yes / Ya No / Tidak

If YES, please indicate and since when: / Jika YA, sila berikan butir-butir lanjut dan sejak bila:

2. Have any of your parents, brothers or sisters or those of any person to be insured had or died from stroke, diabetes, multiple sclerosis, cancer, inherited disease, heart disease or kidney disease before the age of 60?

Adakah di antara ibu bapa atau adik-beradik anda atau ibu bapa atau adik-beradik sesiapa yang akan diinsuranskan meninggal akibat daripada strok, diabetes, sklerosis multipel, kanser, penyakit keturunan, penyakit jantung atau penyakit buah pinggang sebelum mencapai umur 60 tahun?

Yes / Ya No / Tidak

If YES, please indicate who, whether still alive and at what age: / Jika YA, sila nyatakan siapa, adakah masih hidup dan umur berapa:

3. Have you or any person to be insured smoked any cigarettes during the past 12 months? If yes, how many per day?

Pernakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan merokok sejak 12 bulan yang lepas? Jika ya, berapa batang sehari?

<10 10 - 20 21 - 30 >30

4. Have you or any person to be insured been recommended for tests or counselling in connection with sexually transmitted disease, hepatitis or HIV, blood transfusion or advice to abstain from donating blood?

Pernakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan disyorkan menjalani sebarang ujian atau kaunseling berkenaan dengan penyakit kelamin, hepatitis atau HIV, transfusi darah atau dinasihatkan supaya tidak melakukan pendermaan darah?

Yes / Ya No / Tidak

GENERAL QUESTIONS (CONT'D) / SOALAN-SOALAN AM (SAMB)

5. Do you or any person to be insured engage in sports or pastimes normally regarded as dangerous?

Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan ini terlibat di dalam kegiatan sukan atau kegiatan masa lapang lain yang secara biasanya dianggap sebagai merbahaya?

Yes / Ya No / Tidak

If YES, please provide details: / Jika YA, nyatakan maklumat berkenaan:

6. Have you or any person to be insured had any physical defect or infirmity, weakness, or suffered any injuries, illness or diseases in the last 5 years?

Pernakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan ini mempunyai atau mengalami sebarang kecacatan pada fizikal atau mental, kelesuan, atau menghadapi sebarang kecederaan atau penyakit selama 5 tahun yang lepas?

Yes / Ya No / Tidak

If YES, please provide full details: / Jika YA, sila berikan butir-butir penuh:

7. Has any application for life, injury or illness insurance made by or in respect of any insured person been declined or had special terms imposed, or has any insurer refused to renew any insurance?

Pernakah sebarang permohonan untuk insurans hayat, kecederaan atau penyakit yang dibuat oleh atau bagi sesiapa yang diinsuranskan ditolak atau dikenakan sebarang syarat khas atau pernahkah mana-mana syarikat insurans enggan memperbaharui sebarang insurans?

Yes / Ya No / Tidak

If YES, please provide full details: / Jika YA, sila berikan butir-butir penuh:

8. Is there any other life, accident or illness insurance in force or applied for in respect of the person(s) to be insured?

Adakah terdapat sebarang insurans hayat, kemalangan atau penyakit telah berkuat kuasa atau yang dipohon ke atas individu/individu-individu yang akan diinsuranskan ini?

Yes / Ya No / Tidak

If YES, please provide full details as follows: / Jika YA, sila berikan butir-butir penuh seperti di bawah:

Insured Person <i>Individu Yang Diinsuranskan</i>	Company <i>Syarikat</i>	Life Hayat (RM)	Accident/Illness <i>Kemalangan/Penyakit</i> (RM)	Date Issued <i>Tarikh Diisukan</i>

DECLARATION BY PROPOSER / PENGAKUAN OLEH PENCADANG

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) and/or nominee(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.

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.

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

Saya/Kami bersetuju menerima perlindungan insurans ini bergantung kepada syarat-syarat serta 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 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/Kami mengaku dan mengesahkan bahawa saya/kami telah memperolehi persetujuan pihak dan/atau penama 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 pemrosesan mana-mana maklumat peribadi berkenaan saya/kami untuk tujuan latihan pemasaran di masa hadapan dan permintaan sedemikian boleh dibuat kepada Syarikat.

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.
- telefon e-mel pos sms
- Tidak, sila jangan hantar kepada saya maklumat mengenai pelancaran/promosi produk pada masa akan datang.

Signature of Proposer / Tandatangani Pencadang

Date / Tarikh

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

Privacy Notice: Kindly read our Privacy Notice at www.msig.com.my for details.

Notis Privasi: Sila baca Notis Privasi kami di www.msig.com.my untuk maklumat lanjut.

CHECKLIST / SENARAI SEMAKAN

The insurer/intermediary has explained to me the following important features as contained in the policy document of the CI policy being purchased:

1. Benefits payable under the policy.
2. Significant medical or technical exclusions or restrictions applicable.
3. Limits of benefits (e.g. % of costs by the policy, co-payment, ceiling to total claim costs, deductible amounts, etc.).
4. Amount of premiums payable and the payable term.
5. Nature and extent of the insurer's right to review and revise the premiums payable, and the notice to be given by the insurer in the event of any revision.
6. Pre-existing conditions, specified illnesses and qualifying period and the relevant periods applicable.
7. For yearly renewable policies, whether policy renewal is guaranteed.

Penginsurans/wakil telah menerangkan kepada saya ciri-ciri berikut seperti yang terkandung dalam dokumen polisi CI yang dibeli:

1. *Faedah-faedah yang dibayar di bawah polisi.*
2. *Pengecualian perubatan atau teknikal yang ketara atau sekatan yang ada.*
3. *Had faedah (contohnya: % kos yang dilindungi oleh polisi, pembayaran-bersama, had siling jumlah tuntutan kos, jumlah yang boleh ditolak, dan sebagainya).*
4. *Jumlah premium yang perlu dibayar dan syarat pembayaran.*
5. *Tatacara dan batas bagi hak penginsurans untuk mengkaji dan mengubah premium yang perlu dibayar, dan notis yang perlu diberikan oleh penginsurans sekiranya terdapat perubatan.*
6. *Keadaan sedia ada, penyakit-penyakit yang tertentu dan tempoh layak serta tempoh relevan yang ada.*
7. *Sama ada pembaharuan dijamin, bagi polisi yang diperbaharui setiap tahun.*

