

Head Office : 8th Floor, Menara Multi-Purpose, Capital Square, 8, Jalan Munshi Abdullah, 50100 Kuala Lumpur, P.O. Box 10122, 50704 Kuala Lumpur, Malaysia.
P +603 2034 9888 F +603 2694 5758, +603 2694 5759 mpigenerali.com

Branches
Alor Setar : P +604 735 7007 F +604 735 7000
Ipoh : P +605 241 0396, +605 241 0988 F +605 241 6307
Johor Bahru : P +607 268 7600 F +607 268 7666, +607 268 7668
Kangar : P +604 979 3188, +604 979 3288 F +604 979 3588
Klang : P +603 3343 6898 F +603 3348 8828
Kota Bharu : P +609 748 7697, +609 748 7779 F +609 748 1597
Kota Kinabalu : P +6088 719 720, +6088 726 022, +6088 727 209 F +6088 711 821
Kuantan : P +609 513 5288 F +609 513 3993
Kuching : P +6082 248 833, +6082 248 933 F +6082 428 633
Melaka : P +606 288 3818 F +606 283 2818
Penang : P +604 228 9388 F +604 228 9088
Sandakan : P +6089 212 233 F +6089 222 173
Seremban : P +606 761 8818, +606 761 7818 F +606 763 0818
Sibu : P +6084 316 633 F +6084 318 933

MPI Generali Insurans Berhad is licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia.
MPI Generali Insurans Berhad dilesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal selia oleh Bank Negara Malaysia.

PROPOSAL FORM FOR HOSPITAL AND SURGICAL BORANG CADANGAN INSURANS UNTUK HOSPITAL DAN PEMBEDAHAN

Product: Multi Medical-Protector Multi Medi-PLUS Medic 101 Others

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.
Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggungannya, 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.

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.
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.

The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us.
Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

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.
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.

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.
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.

Type of Application: New Application Changes Add Family Member
Jenis Permohonan: Permohonan Baru Perubahan Tambah Ahli Keluarga

GST DECLARATION / PENGISYTIHARAN CBP

a. GST Registration No / No Pendaftaran CBP: _____ b. GST Registration Date / Tarikh CBP didaftarkan: _____

This insurance is purchased for / Insurans ini dibeli untuk: a. Personal Use / Kegunaan Peribadi b. Business Use / Kegunaan Komersial

PARTICULARS OF PROPOSER / BUTIR – BUTIR PEMOHON

Name / Nama:		NRIC No / Passport No. / Company Registration No.: No Kad Pengenalan / No Passport / No Pendaftaran Syarikat:	
Address/ Alamat:			
		Postcode: Poskod:	
Telephone no. (Home): No Telefon (Rumah):	Office: Pejabat:	Mobile: Telefon Bimbit:	
Email address: Alamat Email:	Nationality: Warganegara:	Race: Bangsa:	Date of Birth: Tarikh Lahir:
Marital Status: Status Perkhawinan:	Occupation: Pekerjaan:	Nature of work: Jenis Pekerjaan:	

PARTICULARS OF PERSON TO BE INSURED / BUTIR-BUTIR ORANG YANG AKAN DIINSURANSKAN

Name (as in NRIC or Passport) <i>Nama (seperti didalam Kad Pengenalan atau Passport)</i>	Occupation <i>Pekerjaan</i>	NRIC or Passport no. <i>No K.P Baru atau no. Pasport</i>	Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>	Gender <i>Jantina</i>	Height / Weight <i>Tinggi / Berat (cm / kg)</i>	Plan <i>Pelan</i>	Premium <i>(RM)</i>
Proposer <i>Pemohon</i>				M/F			
Spouse <i>Pasangan</i>				M/F			
Child <i>Anak</i>				M/F			
Child <i>Anak</i>				M/F			
Child <i>Anak</i>				M/F			
Child <i>Anak</i>				M/F			
Child <i>Anak</i>				M/F			
Total Premium							
6% GST							
Stamp Duty / <i>Duti Setem</i>							10.00
Total Premium / <i>Jumlah Premium</i>							

QUESTIONNAIRE / SOAL SELIDIK

Please answer the following questions. These questions are applicable to you, your spouse and children (if insured). Please ensure to fully disclose any known or suspected conditions and symptoms experienced in this Proposal Form. Please tick (✓) in the appropriate boxes. <i>Sila jawab soalan berikut. Soalan-soalan ini berkaitan dengan anda, suami/isteri dan anak anda, (jika diinsuranskan pastikan anda mendedahkan sepenuhnya apa-apa keadaan kesihatan yang diketahui atau disyaki dan gejala yang pernah dialami didalam borang cadangan ini. Sila tandakan (✓) pada kotak yang sesuai.</i>	Yes / Ya	No / Tidak
1. Do you or any person to be insured have any other policies in force where a similar benefit may be payable? <i>Adakah anda atau mana-mana orang yang hendak diinsuranskan mempunyai mana-mana polisi lain yang berkuatkuasa dimana manfaat yang sama boleh dibayar?</i>		
2. Have you or any person to be insured ever, in respect of any medical or health insurance, had any insurer defer or decline a proposal, refuse renewal or terminated insurance? <i>Adakah anda atau mana-mana orang yang hendak diinsuranskan pernah, berkenaan dengan mana-mana insurans perubatan atau kesihatan, dimana syarikat insurans menangguhkan atau menolak permohonan, enggan memperbaharui atau membatalkan insurans?</i>		
3. Are you or any person to be insured currently receiving medical treatment and/or suffering from physical impairment, congenital abnormality or poor health? <i>Adakah anda atau mana-mana orang yang hendak diinsuranskan sedang menerima rawatan dan/atau mengalami kecacatan fizikal, kecacatan sejak lahir atau masalah kesihatan?</i>		
4. Have you or any person to be insured seen a doctor/specialist for medical or surgical advice, diagnostic test or investigation including test or treatment that has not been performed or completed? <i>Pernahkan anda atau mana-mana orang yang hendak diinsuranskan berjumpa doktor/pakar untuk sebarang nasihat perubatan atau pembedahan, ujian diagnostik atau penyiasatan termasuk ujian atau rawatan yang belum dijalani atau lengkap?</i>		
5. Are you or any person to be insured currently taking any medication or do you have any medication prescribed? (If "yes", please provide reason including name of medication, daily dosage and length of treatment) <i>Adakah anda atau mana-mana orang yang hendak diinsuranskan sedang mengambil sebarang ubat atau diberi sebarang preskripsi perubatan? (Jika "ya", sila nyatakan sebab termasuk nama ubat, dos harian dan jangka masa rawatan).</i>		

QUESTIONNAIRE / SOAL SELIDIK

6. Have you or any person to be insured ever suffered from or been treated, told by or consulted a medical practitioner for: (Please "circle") <i>Adakah anda atau mana-mana orang yang hendak diinsuranskan pernah mengalami ataupun telah dirawati, diberitahu atau berunding dengan pengamal perubatan untuk: Jika "Ya" (sila "bulatkan")</i>		
i. Persistent stomach, abdominal or gastric pain, hernia, prostate conditions, ulcer or disease of the stomach, Intestine, haemorrhoids/piles or rectal disorder? <i>Sakit perut yang berterusan, sakit di bahagian perut atau gastrik, hernia, masalah prostat, ulser atau penyakit perut, usus, buasir atau rektum disorder?</i>		
ii. Heart disorder, chest pain or discomfort or tightness, heart attack, stroke, paralysis, high or low blood pressure, chest pain, rheumatic fever, palpitation other diseases of the heart or blood vessels or any form of circulatory disorders? <i>Gangguan jantung, sakit dada atau ketidakselesaan atau sesak, serangan jantung, tekanan darah tinggi atau rendah, sakit dada, debaran jantung atau apa-apa penyakit berkaitan jantung atau saluran darah atau apa-apa bentuk gangguan peredaran darah?</i>		
iii. Disease of eyes, ears, nose, mouth or throat? <i>Penyakit mata, telinga, hidung, mulut atau tekak?</i>		
iv. Arthritis, sciatica, rheumatism, gout or disorder of the muscles or joints, spinal disorder or back pain? <i>Artritis, sciatica, rheumatism, gout atau gangguan otot atau sendi, gangguan tulang belakang, atau sakit belakang?</i>		
v. Cancer, tumours, cysts, nodules, polyps, or growth and lumps of any kinds including malignant blood/leukemia? <i>Barah, tumor, sista, nodul, polip, ketumbuhan dan apa-apa jenis ketulan termasuk darah/leukemia malignan?</i>		
vi. Persistent cough, asthma or shortness of breath, bronchitis, pleurisy, tuberculosis or other respiratory disorder or lung disease? <i>Batuk berterusan, asma atau sesak nafas, bronkitis, tuberculosis atau gangguan pernafasan atau penyakit paru-paru?</i>		
vii. Epilepsy, fits, recurrent dizziness or headaches, fainting, sclerosis, depression, anxiety, psychiatric or psychological disorders, mental or nervous disorder, blackout or of any kind? <i>Epilepsi, sawan, sakit kepala berulang atau pening, pengsan, sclerosis, kemurungan, kebimbangan, psikiatri atau psikologi, gangguan mental atau saraf, pitam atau apa-apa jenis yang berkaitan dengannya?</i>		
viii. Enlarged lymph nodes, skin lesions, HIV or AIDS related conditions or other sexually transmitted disease? <i>Pembesaran limpa nodul, luka-luka kulit, HIV, atau AIDS atau penyakit kelamin yang lain?</i>		
ix. Anemia, blood disorder, varicose veins or deep vein thrombosis, thyroid conditions, disorder (such as goitre), rheumatic fever? <i>Anemia, gangguan darah, varikos atau trombosis urat dalam, masalah tiroid, gangguan (seperti goiter), demam reumatik?</i>		
x. Disease of the breast, the reproduction system, menstrual, abnormal pap smear(s) or complication at child-birth? <i>Penyakit payudara, sistem pembiakan, haid, pap smear yang tidak normal atau komplikasi semasa bersalin?</i>		
xi. High cholesterol, hyperlipidemia, hyperuricemia, hyperglycemia or abnormal lipid profile? <i>Kolesterol tinggi, hiperlipidemia, hyperuricemia, hiperglisemia atau profil lipid tidak normal?</i>		
xii. Diabetes mellitus, liver disorder or hepatitis of any kind or jaundice, stones in the urinary and biliary systems and cholecystitis, stones (calculi) or any disorder of the genitourinary system (sex organs and urinary system including kidneys, ureters, bladder, prostate, etc) <i>Diabetes mellitus, gangguan hati atau apa-apa jenis hepatitis atau penyakit kuning, batu di dalam sistem pembuangan air kecil, dan hempedu dan cholecystiti, batu (kalkuli) atau apa-apa penyakit daripada sistem genito urinary (organ seks dan sistem kencing termasuk buah pinggang, ureter, pundi kencing, prostat, dan lain-lain).</i>		

If you have answered "YES" to the above questions 1 to 6, please give details below and number your answers to correspond with the number of the questions (if more space is required, please write on separate sheet of paper and attach herewith). *Jika anda menjawab "Ya" terhadap soalan 1 hingga 6, sila berikan maklumat dibawah dan nombor jawapan anda sesuai dengan bilangan soalan (jika ruang tambahan diperlukan, sila tulis di atas helaian kertas yang lain dan sertakan bersama-sama borang ini).*

Question Soalan	Particular Person Nama Individu	Nature of Illness Jenis Penyakit	Last Date of Treatment Tarikh Rawatan Terakhir	Present State of Health Keadaan Kesihatan Terkini	Name of Hospital and Doctor Hospital dan Nama Doktor
For Question 1 Untuk Soalan 1	Name of Medication Nama Ubat	Reason Sebab	Daily Dosage Bilangan Dos	Date since 1 st Treatment Tempoh Rawatan	

DECLARATION / PENGISYTIHARAN

I/We hereby declare that the answers stated above are true and to the best of my/our knowledge and belief and that I have not withheld or omitted any information which might influence the acceptance of this proposal.

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 authorize, any hospital, surgeon, medical practitioner or 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, injury and to provide copies of all hospital or medical records/certifications, including any earlier medical history. A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Saya/Kami dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik ataupun individu lain yang datang kepada saya/orang yang diinsuranskan untuk apa tujuan sekalipun untuk memberikan MPI Generali Insurans Berhad 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.

_____ Signature of Intermediary / <i>Tandatangan Perantara</i>	_____ Signature of Proposer / <i>Tandatangan Pemohon</i>	_____ Date / <i>Tarikh</i>
---	---	-------------------------------

PAYMENT / BAYARAN

Payment by Cash / *Bayaran secara Tunai* RM _____

Payment by Cheque payable to **MPI GENERALI INSURANS BERHAD** / Bayaran dengan cek kepada **MPI GENERALI INSURANS BERHAD**

RM _____ Cheque No. / *No. Cek* _____

Payment by Credit Card / *Bayaran melalui Kad Kredit*

Name on Credit Card / *Nama di Kad Kredit* : _____ () Visa () MasterCard

Credit Card No. / *No. Kredit Kad* : - - - Card Expiry Date / *Tarikh Tamat Kad*:

Issuing Bank / *Bank Pengeluar*: _____ RM _____

Credit Cardholder's Signature / *Tandatangan Pemegang Kad*

Date / *Tarikh*

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 credit card is declined, the application/renewal (whichever is applicable) as well as receipt are 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 tertakluk kepada penjelasan pembayaran anda jika ianya dibuat melalui cek atau kad kredit. Sekiranya kad kredit tidak diterima, permohonan / pembaharuan (yang mana berkenaan) serta resit akan dibatalkan secara automatik dan penginsurans tidak akan bertanggungjawab diatas apa jua tuntutan sekalipun.

Agent / <i>Ejen</i> :	Date Received / <i>Tarikh Terima</i> :	Agent Account Code / <i>Akaun Kod Ejen</i> :
-----------------------	--	--

INFORMATION SHEET/ HELAIAN MAKLUMAT

Note: This information sheet provides a summary of the main features of the above product for illustration purposes and does not constitute a contract of a insurance. Policy owners are advised to refer to the policy document for full details of the product terms and conditions including those outlined below:

Nota: Helaian maklumat ini membekalkan ringkasan ciri-ciri utama polisi diatas untuk tujuan ilustrasi dan bukan satu kontrak insurans. Pemegang polisi dinasihat untuk merujuk pada polisi untuk butir-butiran lanjut syarat-syarat dan dokumen polisi, termasuk yang dinyatakan:

1. Benefits payable under the policy. / *Faedah-faedah yang dibayar dibawah polisi.*
2. Significant medical or technical exclusions or restrictions applicable. / *Pengecualian perubatan atau teknikal yang ketara atau sekatan yang ada.*
3. Limits of benefits (e.g. % of cost covered by the policy, co-payment, ceiling to total claim costs, deductible amounts, etc). / *Had manfaat (contohnya: % kos yang dilindungi oleh polisi, pembayaran bersama, had slung jumlah tuntutan kos, jumlah yang boleh ditolak, dan sebagainya).*
4. Amount of premiums payable and the payable term. / *Jumlah premium yang perlu dibayar dan terma pembayaran.*
5. Nature and extend 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. / *Tatacara dan batas bagi hak penginsurans untuk mengkaji dan mengubah premium yang perlu dibayar, dan notis yang perlu diberikan oleh penginsurans sekiranya terdapat perubahan.*
6. Pre-existing conditions, specified illnesses and waiting period and the relevant periods applicable. / *Keadaan sedia ada, penyakit-penyakit yang tertentu dan tempoh layak serta tempoh relevan yang ada.*
7. For yearly renewable policies, whether policy renewal is guaranteed. / *Bagi polisi yang diperbaharui setiap tahun, sama ada pembaharuan dijamin.*
8. Conditions that would lead the following scenarios on policy renewals: / *Keadaan yang boleh menyebabkan scenario berikut bagi pembaharuan:*
 - A policy is renewed with an increased premium or / *polisi diperbaharui dengan kenaikan premium atau*
 - A policy is not renewed / *polisi tidak diperbaharui*
9. Likely implications of switching policy from one insurer to another or transferring from one type of plan to another. / *Kemungkinan implikasi akibat menukar polisi daripada satu penginsurans kepada yang lain atau memindahkan dari satu jenis plan kepada yang lain.*
10. A "cooling off period" of 15 days will be given to me to review the suitability of the newly purchased product. If I return the policy to the insurer during this period, the full premiums would be refunded to me minus the expenses incurred for the medical examination. / *"Tempoh bertenang" selama 15 hari diberikan kepada saya untuk mengkaji kesesuaian produk yang dibeli. Sekiranya saya memulangkan semula polisi kepada penginsurans semasa tempoh ini, premium yang telah dibayar akan dipulangkan kepada saya sepenuhnya ditolak perbelanjaan yang telah dikeluarkan semasa pemeriksaan perubatan.*
11. The right of an insurer to repudiate liability in the event that a prospective policy owner failed to disclose relevant information that would affect the decision of the insurer to accept or reject the risk, and on the premiums and terms to be applied to the policy owner. / *Hak penginsurans untuk menolak liabiliti sekiranya bakal pemegang polisi gagal mendedahkan maklumat yang boleh menjejaskan keputusan penginsurans, dan premium dan terma yang dikenakan kepada pemegang polisi.*

Declaration / Pengisytiharan

I acknowledge that the above essential information on major features of the product has been satisfactorily explained to me. I am aware that the details of the important feature of the policy are available in the policy contract.
 Saya mengesahkan bahawa maklumat penting diatas bagi ciri-ciri utama produk ini telah dijelaskan kepada saya dengan memuaskan. Saya menyedari butir-butir bagi semua ciri-ciri utama polisi yang terdapat dalam polisi kontrak.

 Signature of Proposer / Tandatangan Pemohon

 Date/ Tarikh

Verification of Identity / Pengesahan Pengenalan

Declaration by officer/Intermediary under Section 16(2) of the Anti Money Laundering Act 2001.
 Pengakuan Pegawai/Pengantara dibawah seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram.
 I confirm I have sighted the original identification document and verified the identity of the proposer.
 Saya mengesahkan bahawa saya telah melihat dokumen Pengenalan yang asal dan mengesahkan identity.

 Signature of Officer/Intermediary
 Tandatangan Ejen/Perantara

 Date / Tarikh

PERSONAL DATA PROTECTION ACT 2010 / AKTA PERLINDUNGAN DATA PERIBADI 2010

MPI Generali Insurans Berhad is committed and have put in place a Privacy Policy to safeguard the security and confidentiality of your personal information with us. In using our services and website, you acknowledge and agree to be bound by the terms of our Privacy Policy and Privacy Notice which is available at mpigenerali.com. A copy of the Privacy Notice will be sent to you together with your Insurance Policy upon acceptance of your Proposal by Us.

MPI Generali Insurans Berhad tertekad dan telah menyediakan suatu Polisi Privasi untuk melindungi keselamatan dan kesulitan maklumat peribadi anda. Dengan menggunakan perkhidmatan kami dan melayari laman web ini, anda mengiktirafkan dan bersetuju dengan syarat-syarat dalam Polisi Privasi dan Notis Privasi kami yang boleh didapati di mpigenerali.com. Sesalinan Notis Privasi akan dihantar bersama-sama dengan Polis Insurans anda setelah Candangan anda diterima oleh Kami.