

KURNIA HOSPITAL INCOME (MEDIGUARD INCOME) INSURANCE PROPOSAL FORM / BORANG CADANGAN

STATEMENT PURSUANT TO FINANCIAL SERVICES ACT 2013, Section 129, Schedule 9, Para 5: - It is duty of the customer to take reasonable care not to make a misrepresentation to the licensed insurer when answering any question which the insurer may request that are relevant to the decision of the insurer whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied. / **MENURUT AKTA PERKHIDMATAN KEWANGAN 2013, Seksyen 129, Jadual 9, Perenggan 5:** Adalah menjadi kewajipan pengguna untuk mengambil langkah munasabah untuk tidak membuat salah nyataan kepada penanggung insurans berlesen semasa menjawab apa-apa soalan yang diperlukan yang berkaitan dengan keputusan penanggung insurans sama ada untuk menerima atau tidak risiko dan kadar dan terma yang hendak dipakai.

Agent Name / Nama Ejen: _____

Agent No. / No. Ejen: _____

Product / Produk: _____

ALL QUESTIONS MUST BE FULLY COMPLETED IN BLOCK LETTERS AND IN INK / SEMUA SOALAN MESTI DIJAWAB DENGAN PENUH DALAM HURUF BESAR DAN DENGAN DAKWAT

A. PARTICULARS OF PROPOSER OR INSURED PERSON / BUTIR-BUTIR PENCADANG ATAU ORANG YANG DIINSURANSKAN				PREMIUM (RM)
Proposer / Pencadang:				
Home Address / Alamat Rumah:		Office Address / Alamat Pejabat:		
Postcode / Poskod:		Postcode / Poskod:		
House Telephone No. No. Telefon Rumah:		Office Telephone No. No. Telefon Pejabat:		
Mobile No. No. Bimbit:		Email Emel:		
New IC/Passport No. No. K.P. Baru/Pasport:		Race Bangsa:	Date Of Birth Tarikh Lahir:	
Nationality Kewarganegaraan:	Marital Status Status Perkahwinan:		<input type="checkbox"/> Male Lelaki <input type="checkbox"/> Female Perempuan	
Occupation Pekerjaan:	Height Tinggi (cm):	Weight Berat (kg):	Plan Pelan:	
Full Name / Nama Penuh:				
New IC/BC/Passport No. No. K.P. Baru/S.K./Pasport:				
Date Of Birth Tarikh Lahir:				
Relationship to Proposer Hubungan kepada Pencadang:				
<input type="checkbox"/> Male Lelaki <input type="checkbox"/> Female Perempuan				
Occupation Pekerjaan:	Height Tinggi (cm):	Weight Berat (kg):	Plan Pelan:	
Full Name / Nama Penuh:				
New IC/BC/Passport No. No. K.P. Baru/S.K./Pasport:				
Date Of Birth Tarikh Lahir:				
Relationship to Proposer Hubungan kepada Pencadang:				
<input type="checkbox"/> Male Lelaki <input type="checkbox"/> Female Perempuan				
Occupation Pekerjaan:	Height Tinggi (cm):	Weight Berat (kg):	Plan Pelan:	
Full Name / Nama Penuh:				
New IC/BC/Passport No. No. K.P. Baru/S.K./Pasport:				
Date Of Birth Tarikh Lahir:				
Relationship to Proposer Hubungan kepada Pencadang:				
<input type="checkbox"/> Male Lelaki <input type="checkbox"/> Female Perempuan				
Occupation Pekerjaan:	Height Tinggi (cm):	Weight Berat (kg):	Plan Pelan:	
Gross Premium / Premium Kasar :				
Stamp Duty / Duti Setem :				10.00
Total Due / Jumlah Berbayar :				
ANNUAL BUDGET ALLOCATION FOR MEDICAL INSURANCE / PERUNTUKAN BAJET UNTUK INSURANS PERUBATAN UNTUK SETAHUN				RM: _____
<p>Important Note: If you are not providing or choose not to provide this information, we / our branch office / intermediaries may not be able to provide you with the most suitable product recommendations. You are responsible to choose a product which is suitable for your needs. Please ensure the medical coverage of the chosen product suits your needs and priorities, taking into account any existing medical coverage which you may have.</p> <p>Nota Penting: Jika anda tidak memberi atau memilih untuk tidak memberi maklumat ini, kami / pejabat cawangan / ejen mungkin tidak dapat memberi anda cadangan produk yang paling sesuai. Anda bertanggungjawab untuk memilih produk yang bersesuaian dengan keperluan anda. Sila pastikan perlindungan perubatan produk yang dipilih bersesuaian dengan keperluan dan keutamaan anda, dengan mengambil kira sebarang perlindungan perubatan sedia ada yang mungkin anda miliki.</p>				

Liberty General Insurance Berhad 197801007153 (44191-P)
Formerly known as AmGeneral Insurance Berhad

Liberty Insurance Tower, CT9, Pavilion Damansara Heights, 3 Jalan Damanlela, Pusat Bandar Damansara, 50490 Kuala Lumpur.
P.O.Box 11228, GPO Kuala Lumpur, 50740 Kuala Lumpur.

Tel: +603 2268 3333 Website: www.kurnia.com
(Service Tax Registration No.: B16-1808-31015443)

B. HEALTH DECLARATION / PENGAKUAN KESIHATAN:		Yes / Ya	No / Tidak	Name of Insured Person Nama Orang Yang Diinsuranskan
1	Are you or any applicant currently undergoing any medical treatment or currently receiving medical advice for any illness, disorders or physical disabilities? <i>Adakah anda atau pemohon lain sedang mendapatkan sebarang rawatan perubatan atau menerima nasihat perubatan untuk sebarang penyakit, masalah atau hilang upaya fizikal?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Have you or the applicant ever had, been told to have or been treated for / Adakah anda atau pemohon pernah diberitahu menghidapi atau dirawat untuk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	i) Stroke, high blood pressure, chest discomfort/pain, heart murmur or any heart related disorder? <i>Angin ahmar, tekanan darah tinggi, sakit/tidak keselesaan dada, "heart murmur" atau sebarang penyakit berkaitan jantung?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ii) Pneumonia, asthma, chest or breathing complaints, tuberculosis or any other lung disorder? <i>Radang paru-paru, asma, masalah pernafasan, tuberkulosis atau sebarang penyakit berkaitan paru-paru?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	iii) Breast lumps, abnormal PAP smear, fibroids, endometriosis, hormonal disorders or any disorder of the female reproductive system? <i>Ketulan di payudara, ketaknormalan Ujian Pangkal Rahim, fibroid, endometriosis, penyakit hormon atau penyakit sistem pembiakan wanita?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	iv) Diabetes, raised cholesterol, liver disease, Hepatitis B or any form of hepatitis? <i>Kencing manis, kolesterol tinggi, penyakit hati, Hepatitis B atau sebarang jenis hepatitis yang lain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	v) Kidney disease, blood, protein or sugar in urine or blood in stool? <i>Penyakit buah pinggang, darah, protein atau gula didalam kencing atau darah didalam tahi?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	vi) Cancer, tumour, AIDS, HIV infection or sexually transmitted disease? <i>Kanser, ketumbuhan, AIDS, jangkitan HIV atau penyakit kelamin?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	vii) Fits or mental disorder? <i>Sawan atau penyakit mental?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	viii) Any other disorders or physical disabilities not mentioned above? <i>Sebarang penyakit atau hilang upaya fizikal yang tidak dinyatakan diatas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Have you or any applicant been advised to consider hospitalization in the next 12 months? <i>Adakah anda atau pemohon lain dinasihatkan perlu dimasukkan ke hospital dalam masa 12 bulan akan datang?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Have you or any applicant been hospitalized, had any surgical operation or been advised to undergo surgery or had any diagnostic test (other than for the purpose of routine medical examination or childbirth) such as X-ray, MRI, ultrasound, biopsy, ECG, blood screen or urine tests? <i>Pernahkah anda atau pemohon lain mendapat rawatan masuk hospital atau menjalani sebarang pembedahan atau dinasihatkan untuk menjalani pembedahan atau sebarang ujian diagnostik (selain daripada pemeriksaan kesihatan rutin atau kelahiran) seperti X-ray, MRI, ultrasound, biopsy, ECG, ujian air kencing atau darah?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
If the answer to any of the above is "Yes", please give details on date/type of illness/injury, treatment, current condition, name and address of doctor here: <i>Jika terdapat mana-mana jawapan "Ya" diatas, sila berikan penjelasan lanjut tentang tarikh/jenis penyakit/kecederaan, rawatan, keadaan kesihatan semasa, nama dan alamat doktor:</i>				

DECLARATIONS OF PROPOSER / PENGISYTIHARAN PENCADANG

I/We hereby confirm that I/We have taken reasonable care to answer all the questions herein honestly and to the best of My/Our knowledge, belief and recollection, and that I/We shall remain under a continuous duty to inform the Company of any change, amendment or addition to the aforesaid questions until the Policy is issued and comes into effect. I/We understand that the Company may void the policy and reject any claim payable thereunder (whether in whole or in part) in the event of a deliberate misrepresentation, misdescription, error, omission or non-disclosure of fact (whether or not there was an inquiry/question raised pertaining to the same) with or without an intention to defraud the Company by Me/Us which would have affected the premium payable or the acceptance of the risk by the Company. I understand that the insurance shall not commence until the premium has been actually paid to and accepted by the Company, and further that this proposal for insurance has been officially accepted in writing by the company. I herewith authorize any doctor or any other person whom the insurance company may approach to disclose to the Company or its medical department all information they may require in connection with the proposed insurance. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original. / Saya/Kami mengesahkan bahawa Saya/Kami telah memberi sepenuh perhatian untuk menjawab kesemua soalan yang terkandung secara jujur di sepanjang pengetahuan, kepercayaan dan ingatan Saya/Kami, dan Saya/Kami akan bertanggungjawab untuk memberitahu pihak Syarikat berkenaan sebarang perubahan, pindaan atau penambahan pada soalan di atas sehingga Polisi dikeluarkan dan berkuat kuasa. Saya/Kami faham bahawa Syarikat boleh membatalkan Polisi ini dan menolak sebarang tuntutan (sama ada keseluruhan atau sebahagian) sekiranya berlaku salah nyata, penerangan yang salah, kesilapan, tertinggal atau tidak mendedahkan fakta (sama ada terdapat pertanyaan/persoalan ataupun tidak dikemukakan mengenai yang sama) dengan niat atau tanpa niat untuk menipu Syarikat oleh Saya/Kami yang akan menjejaskan premium yang perlu dibayar atau terhadap penerimaan risiko oleh pihak Syarikat. Saya memahami bahawa insurans ini tidak akan berkuat kuasa selagi premium tidak diterima oleh pihak Syarikat dan cadangan bagi Insurans ini diterima secara rasmi dengan bertulis oleh pihak Syarikat. Dengan ini saya memberi kuasa kepada mana-mana doktor atau orang lain yang syarikat Insurans pilih untuk mendedahkan kepada Syarikat atau jabatan perubatan semua maklumat yang diperlukan berkaitan dengan insurans yang dicadangkan. Salinan kebenaran ini hendaklah dianggap efektif dan sah seperti mana yang asal.

Yes / Ya No / Tidak

I/We agree that the Company shall have the right to use My/Our data and personal information for the purpose of the insurance operational process which might include transfer of data and personal information to the Company's related companies, subsidiaries and/or its holding company, outsourcing partners, reinsurers and solicitor but not limited to affiliate companies including their outsourcing partners. / Saya/Kami bersetuju bahawa pihak Syarikat berhak untuk menggunakan data dan maklumat peribadi Saya/Kami bagi tujuan pemprosesan operasi insurans yang mungkin termasuk pemindahan data dan maklumat peribadi kepada Syarikat yang sekutu dengan pihak Syarikat, anak-anak syarikat dan/atau syarikat induknya dan rakan kongsi pembekalan luar, penanggung Insurans semula dan peguam cara tetapi tidak terhadap kepada syarikat-syarikat sekutu termasuk rakan kongsi pembekalan luar mereka.

Yes / Ya No / Tidak

I/We further agree that the Company, its partners and its related companies, subsidiaries and/or its holding company can share and use My/Our data and personal information for the purpose of promoting the Company's and its related companies', subsidiaries' and/or its holding company's products, new services and support requirements, and marketing campaigns and activities and commercial transactions. / Saya/Kami seterusnya bersetuju bahawa pihak Syarikat, rakan niaganya dan syarikat-syarikat sekutu, anak-anak syarikat dan/atau syarikat induk berhak untuk berkongsi dan menggunakan data dan maklumat peribadi Saya/Kami bertujuan untuk mempromosikan produk, perkhidmatan baru dan keperluan sokongan, dan kempen dan aktiviti pemasaran dan transaksi komersil yang dikendalikan oleh pihak Syarikat dan syarikat sekutu, anak-anak syarikat dan/atau syarikat induk.

Yes / Ya No / Tidak

Name of Proposer / Nama Pencadang

IC No. / No. K.P.

Signature of Proposer / Tandatangan Pencadang

Date / Tarikh

PAYMENT INSTRUCTION / ARAHAN PEMBAYARAN

I hereby authorize Liberty General Insurance Berhad to charge my Nominated Credit Card account indicated below for the premium payment on a monthly/annual basis including unpaid/outstanding monthly/annual premiums, if any, on the first of the commencement month/year of the policy and of every month/year thereafter. / Saya dengan ini mengizinkan Liberty General Insurance Berhad untuk mendebit akaun Kad Kredit saya seperti tertera di bawah bagi tujuan pembayaran premium mengikut kadar bulanan/tahunan termasuk segala premium bulanan/tahunan yang tidak berbayar/tertunggak, jika ada, pada hari pertama bulan/tahun bermula polisi dan setiap bulan/tahun berikutnya.

My first payment shall only commence after Liberty General Insurance Berhad receives and approves this Proposal Form. It is my responsibility to advise Liberty General Insurance Berhad, by written notification of any change which invalidates this authorization. I understand that coverage becomes effective after receipt of premium paid. My policy will remain effective, as long as I continue to pay the premium due. / Bayaran pertama saya akan hanya dibuat setelah Liberty General Insurance Berhad menerima dan meluluskan borang cadangan ini. Adalah menjadi tanggungjawab saya untuk memaklumkan kepada Liberty General Insurance Berhad, secara bertulis, mengenai sebarang perubahan yang memansuhkan arahan ini. Saya faham bahawa perlindungan akan diaktifkan pada hari pertama bulan berikutnya, selepas bayaran premium diterima. Polisi saya akan terus berkuatkuasa selagi saya terus membayar premium mengikut jadual.

I hereby warrant that the information given above is correct and true. In the event of any changes or cancellation of the instruction above, I shall keep Liberty General Insurance Berhad informed in writing or by giving a fresh Payment Instruction. / Saya dengan ini menjamin bahawa segala maklumat yang diberikan adalah betul. Sekiranya ada sebarang perubahan atau pembatalan merujuk kepada arahan yang diberikan di atas, saya akan memberi notis bertulis kepada Liberty General Insurance Berhad atau arahan pembayaran yang baru.

NOMINATED ACCOUNT / AKAUN CALONAN

Monthly / Bulanan Annual / Tahunan Relationship to Policyholder / Hubungan kepada Pemegang Polisi _____

I agreed that this Payment Instruction shall stand unless otherwise informed by Cardholder/Policyholder to cancel. / Saya bersetuju bahawa Arahan Pembayaran ini akan sah kecuali diberitahu oleh Pemegang Kad/Pemegang Polisi untuk dibatalkan.

Name of Credit Cardholder / Nama Pemegang Kad Kredit

Credit Card No. / No. Kad Kredit

Card Expiry Date / Tempoh Tamat Kad Type of Credit Card / Jenis Kad Kredit

_____-_____-_____-_____/_____

Master Visa

Card Member's Signature (Signature as per card) / Tandatangan Pemegang Kad (Seperti di dalam kad)

Date / Tarikh

I enclose herewith a cheque number: _____ for RM _____ being premium inclusive of Services Tax (if any) and Stamp Duty made payable to Liberty General Insurance Berhad.

Saya sertakan bersama cek bernombor: _____ sebanyak RM _____ untuk premium termasuk Cukai Perkhidmatan (jika ada) dan Duti Setem, bayaran dikehendaki atas nama Liberty General Insurance Berhad.

ANTI-MONEY LAUNDERING, ANTI-TERRORISM FINANCING AND PROCEEDS OF UNLAWFUL ACTIVITIES ACT 2001
AKTA PENCEGAHAN PENGUBAHAN WANG HARAM, PENCEGAHAN PEMBIAYAAN KEGANASAN DAN HASIL DARIPADA AKTIVITI HARAM
2001

For Agent /Staff Use Only / Untuk Ejen/Kakitangan Sahaja

Anti-Money Laundering, Anti-Terrorism Financing and Proceeds of Unlawful Activities Act 2001 / Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil daripada Aktiviti Haram 2001

In Compliance with Section 16(2) of the Anti-Money Laundering, Anti-Terrorism Financing and Proceeds of Unlawful Activities Act 2001, I hereby certify that the Proposer's original NRIC/Business Registration Certificate/Passport was verified and authenticated by me at the Point of Sale. / Menurut Seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil daripada Aktiviti Haram 2001, saya dengan ini mengesahkan bahawa Kad Pengenalan (KP)/Sijil Pendaftaran Perniagaan/Pasport asal Pencadang telah disahkan ketulenannya ketika urus niaga dijalankan.

Name of Proposer / Nama Pencadang: _____ Cover note/Policy No. / No. Nota Perlindungan/Polisi: _____

Verification / Pengesahan

Signature / Tandatangan: _____ NRIC No. / No. Kad Pengenalan: _____

Name of Agent/Staff / Nama Ejen/Kakitangan: _____ Date / Tarikh: _____

IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING

- The full details of the plan are to be found in the Policy. If cancellation is effected within 15 days from the date of delivery of the Policy, the premium paid shall be returned to you in full less medical expenses. Please note that if a plan has been switched from or to another insurer / plan, the similar benefits and terms may not be given depending on the assessment. / Penjelasan terperinci dan lengkap boleh didapati di dalam Polisi. Jika pembatalan berkuat kuasa dalam 15 hari dari tarikh Polisi dihantarkan, premium akan dibayar balik penuh selepas memotong perbelanjaan perubatan. Sila beri perhatian bahawa jika sesuatu pelan yang dibawa daripada atau kepada syarikat insurans / pelan lain, manfaat-manfaat dan syarat-syarat yang sama tidak semestinya diberi dan terpulung kepada penilaian.
- An insurer or its intermediary must disclose the essential information regarding Medical and Health Insurance (MHI) policy. When in doubt or where there is ambiguity, the prospect is advised to seek further clarification/information from the insurer/intermediary. / Sebuah syarikat insurans atau orang tengahnya dikehendaki mendedahkan segala maklumat penting mengenai polisi Insurans Perubatan dan Kesihatan (MHI). Sekiranya terdapat kesangsian atau kekeliruan, bakal pemilik polisi itu adalah dinasihatkan supaya mendapatkan penjelasan/keterangan yang jelas daripada syarikat insurans/orang tengah.
- The basics of Medical and Health Insurance can be obtained from the booklet "The Introduction to Medical and Health Insurance Products" issued by Bank Negara Malaysia. / Asas Insurans Perubatan dan Kesihatan boleh didapati dari buku kecil "Pengenalan kepada Produk Insurans Perubatan dan Kesihatan" yang dikeluarkan oleh Bank Negara Malaysia.
- Product Disclosure Sheet (PDS) can be obtained through our website www.kurnia.com. You are advised to read the PDS before you take out any product. / Lampiran Pemberitahuan Produk boleh didapati melalui laman web www.kurnia.com. Anda dinasihatkan untuk membaca Lampiran Pemberitahuan Produk sebelum anda memutuskan untuk mengambil mana-mana produk.
- In the event of a conflict or discrepancy between the provisions of the English text of any of the Contract documents and any translation thereof, the English text shall prevail. / Sekiranya berlaku konflik atau percanggahan berhubung peruntukan teks Bahasa Inggeris dengan mana-mana Dokumen Kontrak dan apa-apa terjemahannya, maka teks Bahasa Inggeris akan diguna pakai.
- Liberty General Insurance Berhad is licensed under Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia. / Liberty General Insurance Berhad dilesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal selia oleh Bank Negara Malaysia.
- A full version of the Privacy Notice of Liberty General Insurance Berhad is available on our website at www.libertyinsurance.com.my for your further reference. / Versi lengkap Notis Privasi Liberty General Insurance Berhad boleh didapati di laman web kami di www.libertyinsurance.com.my untuk rujukan lanjut.

FOR OFFICE USE / UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

REFERENCE NO. NO. RUJUKAN:	REMARKS KATA-KATA:	SIGNATURE UNDERWRITER TANDATANGAN PENGUNDERAIT:	DATE TARIKH: