BERJAYA SOMPO INSURANCE

Proposal Form / Borang Cadangan

Hospital And Surgical

A copy of the **Product Disclosure Sheet (PDS)** is available at our Customer Service Centre, branch offices or our intermediaries. Please make sure that you have read and understood the contents of the **PDS** before purchasing the product.
Berjaya Sompo Insurance Berhad (Registration No. 198001008821 (62605-U)) (BSIB) is licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia.
Berjaya Sompo Insurance Berhad is a member of Perbadanan Insurans Deposit Malaysia (PIDM). For more information, kindly contact PIDM at 1-800-88-1266 or visit the PIDM website at www.pidm.gov.my. /

*Satu salinan **Lembaran Pendedahan Produk (LPP)** boleh didapati di Pusat Khidmat Pelanggan kami, pejabat cawangan atau pengantara kami. Sila pastikan bahawa anda telah membaca dan memahami kandungan **LPP** sebelum membeli produk.*
Berjaya Sompo Insurance Berhad (No. Pendaftaran 198001008821 (62605-U)) (BSIB) dilesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal selia oleh Bank Negara Malaysia.
Berjaya Sompo Insurance Berhad adalah ahli Perbadanan Insurans Deposit Malaysia (PIDM). Untuk maklumat lanjut, sila hubungi PIDM di talian 1-800-88-1266 atau layari laman web PIDM di www.pidm.gov.my.

IMPORTANT NOTICE ON PRE-CONTRACTUAL DISCLOSURE AND REPRESENTATION
NOTIS PENTING TENTANG PENDEDAHAN PRA-KONTRAK DAN REPRESENTASI

Consumer Insurance Contract/ *Kontrak Insurans Pengguna*
Pursuant to Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, you must take reasonable care to ensure that all your answers to the questions are to the best of your knowledge, full, complete, correct and honest. You also have a duty to inform us of any change in the details or information given to us before we issue the Policy to you, or before you renew or change any of the terms of your Policy. If you fail to do so, your Policy may be cancelled or treated as if it never existed, or your claim may be rejected or not fully paid. /
Menurut Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, anda hendaklah mengambil penjagaan munasabah untuk menjawab semua soalan dengan lengkap, tepat dan jujur berdasarkan sepanjang pengetahuan anda. Adalah menjadi kewajipan anda juga untuk memaklumkan kepada kami apa-apa perubahan mengenai butiran-butiran atau maklumat yang diberikan kepada kami sebelum kami mengeluarkan Polisi kepada anda atau sebelum anda memperbaharui atau mengubah apa-apa terma untuk Polisi anda. Sekiranya anda gagal untuk berbuat demikian, Polisi anda mungkin dibatalkan atau dianggap tidak wujud atau tuntutan anda mungkin ditolak atau nilai tuntutan dikurangkan.

Non-Consumer Insurance Contract / *Kontrak Insurans Bukan Pengguna*
Pursuant to Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this insurance for purposes of your trade, business or profession, you have a duty to disclose any matter you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms of your insurance. You also have a duty to inform us of any change in the details or information given to us before we issue the Policy to you, or before you renew or change any of the terms of your Policy. If you fail to do so, your Policy may be cancelled or treated as if it never existed, or your claim may be rejected or not fully paid. /
Menurut Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, sekiranya anda memohon insurans ini untuk tujuan yang berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda, adalah menjadi kewajipan anda 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 dan relevan. Adalah menjadi kewajipan anda juga untuk memaklumkan kepada kami apa-apa perubahan mengenai butiran-butiran atau maklumat yang diberikan kepada kami sebelum kami mengeluarkan Polisi kepada anda atau sebelum anda memperbaharui atau mengubah apa-apa terma untuk Polisi anda. Sekiranya anda gagal untuk berbuat demikian, Polisi anda mungkin akan dibatalkan atau dianggap tidak wujud atau tuntutan anda mungkin ditolak atau nilai tuntutan dikurangkan.

PLEASE USE BLOCK LETTERS AND CROSS (X) IN APPROPRIATE BOX
SILA GUNAKAN HURUF BESAR DAN TANDAKAN (X) KOTAK YANG BERKENAAN

Agent / *Agensi :* **Account No. / *No. Akaun :***

Product Name / *Nama Produk :*

PARTICULARS OF PROPOSER / *BUTIR-BUTIR PENCADANG*

Name of Proposer (as in new NRIC / Passport / Company Registered Name) /
Nama Pencadang (seperti dalam Kad Pengenalan / Pasport / Nama Syarikat Berdaftar) :

Address (Postal) / *Alamat (Pos)* :

Postcode / *Poskod*

Tel. No./ *No. Tel.* : Email / *Emel* :

Company Registration No. / *No. Pendaftaran Syarikat* :

PARTICULARS OF PERSON TO BE INSURED / *BUTIR-BUTIR PERIBADI ORANG DIINSURANSKAN*

(Please leave the section blank if not intend to insure / *Sila kosongkan bahagian ini jika tidak berniat untuk diinsuranskan)*

Reminder: For an application to insure the life of a dependent, please provide the Proposer's NRIC/Passport, sex, and nationality.
***Peringatan**: Bagi permohonan untuk melindungi tanggungan, sila berikan NRIC/Pasport, Jantina, dan Kewarganegaraan Pencadang.*

YOUR PARTICULARS / *BUTIR-BUTIR ANDA*

Name / *Nama* :	
NRIC No. / *No.K/P* :	Date of Birth / *Tarikh Lahir* : d d / m m / y y
Sex / *Jantina* : ☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*	Nationality / *Kewarganegaraan* :
Weight / *Berat* : _____ kg	Height / *Tinggi* : _____ cm
Occupation / *Pekerjaan* :	Occupation Class / *Kelas Pekerjaan* : ☐1 ☐ 2 ☐ 3 **(15% Loading for Class 3 / *Premium Tambahan 15% untuk Kelas 3*)**

YOUR SPOUSE'S PARTICULARS / *BUTIR-BUTIR PASANGAN ANDA*

Principle's Name / *Nama* :	
NRIC No. / *No.K/P* :	Date of Birth / *Tarikh Lahir* : d d / m m / y y
Sex / *Jantina* : ☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*	Nationality / *Kewarganegaraan* :
Weight / *Berat* : _____ kg	Height / *Tinggi* : _____ cm
Occupation / *Pekerjaan* :	Occupation Class / *Kelas Pekerjaan* : ☐1 ☐ 2 ☐ 3 **(15% Loading for Class 3 / *Premium Tambahan 15% untuk Kelas 3*)**

YOUR CHILDREN'S PARTICULARS / *BUTIR-BUTIR ANAK-ANAK ANDA*

Name / *Nama* :	
NRIC No. / *No.K/P* :	Date of Birth / *Tarikh Lahir* : d d / m m / y y
Sex / *Jantina* : ☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*	Nationality / *Kewarganegaraan* :
Weight / *Berat* : _____ kg	Height / *Tinggi* : _____ cm
Occupation / *Pekerjaan* :	Nature of Work / *Sifat Kerja* :
Name / *Nama* :	
NRIC No. / *No.K/P* :	Date of Birth / *Tarikh Lahir* : d d / m m / y y
Sex / *Jantina* : ☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*	Nationality / *Kewarganegaraan* :
Weight / *Berat* : _____ kg	Height / *Tinggi* : _____ cm
Occupation / *Pekerjaan* :	Nature of Work / *Sifat Kerja* :
Name / *Nama* :	
NRIC No. / *No.K/P* :	Date of Birth / *Tarikh Lahir* : d d / m m / y y
Sex / *Jantina* : ☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*	Nationality / *Kewarganegaraan* :
Weight / *Berat* : _____ kg	Height / *Tinggi* : _____ cm
Occupation / *Pekerjaan* :	Nature of Work / *Sifat Kerja* :
Name / *Nama* :	
NRIC No. / *No.K/P* :	Date of Birth / *Tarikh Lahir* : d d / m m / y y
Sex / *Jantina* : ☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*	Nationality / *Kewarganegaraan* :
Weight / *Berat* : _____ kg	Height / *Tinggi* : _____ cm
Occupation / *Pekerjaan* :	Nature of Work / *Sifat Kerja* :
Name / *Nama* :	
NRIC No. / *No.K/P* :	Date of Birth / *Tarikh Lahir* : d d / m m / y y
Sex / *Jantina* : ☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*	Nationality / *Kewarganegaraan* :
Weight / *Berat* : _____ kg	Height / *Tinggi* : _____ cm
Occupation / *Pekerjaan* :	Nature of Work / *Sifat Kerja* :

QUESTIONNAIRES / *SOAL SELIDIK*	
Have you or your dependents / *Pernahkah anda atau tanggungan anda* :	
1. Ever been hospitalised or undergone any surgical operation or observation or treatment not of a routine nature? *Pernahkah anda dimasukkan ke hospital, menjalani pembedahan, pemerhatian atau rawatan yang bukan rutin?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
2. Currently receiving medical treatment, taking any medication or suffering from physical impairment, congenital abnormality or poor health? *Sekarang ini menerima rawatan perubatan, mengambil sebarang perubatan atau mengalami kecacatan fizikal, keabnormalan sejak lahir atau kurang sihat?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
3. Ever been told or had been treated or had any symptoms related to any of the health conditions or events stated below:- *Pernahkah diberitahu atau pernah menerima rawatan atau mempunyai simptom berkaitan dengan sebarang penyakit atau keadaan yang dinyatakan di bawah:-*	
(a) Chronic cough, spitting of blood, asthma, hay fever, pleurisy, bronchitis, tuberculosis, shortness of breath or any other disease of the respiratory system? *Batuk kronik, ludah berdarah, lelah, demam alergi, radang pleura, bronkitis, tibi, sesak nafas atau sebarang penyakit sistem pernafasan lain?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(b) High or low blood pressure, elevated cholesterol level, heart disease, chest pain or discomfort or tightness, heart attack, palpitations or heart or blood vessels or any form of circulatory disorders? *Tekanan darah tinggi atau rendah, tahap kolesterol tinggi, penyakit jantung, sakit dada atau ketidakselesaan atau sesak, serangan jantung, palpitasi atau gangguan jantung atau saluran darah atau sebarang bentuk gangguan peredaran darah?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(c) Stroke, paralysis, epilepsy, fits, recurrent dizziness or headache, fainting, sclerosis, numbness, brain disease, depression, anxiety, mental or nervous disorder? *Strok, kelumpuhan, epilepsi, sawan, pening atau sakit kepala yang berulangan, pengsan, sklerosis, kebas, penyakit otak, kemurungan, kebimbangan, gangguan mental atau saraf?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(d) Diabetes, sugar or blood in urine, kidney disorder, stones in the urinary system or hernia? *Kencing manis, kandungan gula atau darah dalam air kencing, penyakit buah pinggang, batu di dalam sistem kencing atau hernia?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(e) Disease of eyes, ears, nose, mouth or throat? *Penyakit mata, telinga, hidung, mulut atau tekak?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(f) Arthritis, sciatica, rheumatism, gout, back pain, disorder of the muscle, joint, bone or spine or skin disorder? *Artritis, skiatika, reumatisma, gout, sakit belakang, penyakit otot, sendi, tulang atau tulang belakang atau masalah kulit?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(g) Persistent stomach, abdominal or gastric pain, ulcer or disorder of the stomach, pancreas, intestines, haemorrhoids or rectal disorder? *Sakit perut yang berterusan, sakit di bahagian perut atau gastrik, ulser atau penyakit dalam perut, pankreas, usus, buasir atau rektum?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(h) Stone in biliary system including gallbladder stone, cholecystitis, liver disease or any type of hepatitis? *Batu dalam sistem biliari termasuk batu pundi hempedu, radang pundi hempedu, penyakit hati atau sebarang jenis hepatitis?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(i) Cancer including malignant blood or leukemia, tumour, cysts, nodules, polyps, growth or lump of any kind? of any organ system? *Kanser termasuk darah malignan atau leukemia, tumor, sista, nodul, polip, sebarang ketumbuhan atau ketulan dalam mana-mana sistem organ?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(j) Anaemia, blood disorder, varicose vein, deep vein thrombosis, thyroid disorder (such as Goitre) or Rheumatic Fever? *Anemia, penyakit darah, urat varikos, urat trombosis dalam, penyakit tiroid (seperti Goiter) atau demam reumatik?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(k) Sexually transmitted diseases (eg. syphilis, gonorrhea, non-specific urethritis), prostate condition (eg. abnormal PSA test, testicular lump or pain), gynecological or menstrual disorder (eg. endometriosis, heavy or painful menstruation, abnormal smears)? *Penyakit berjangkit melalui seks (eg. sifilis, gonorea, keradangan salur kencing), keadaan prostate (eg. ujian PSA yang tidak normal, ketumbuhan atau kesakitan testis), gangguan sakit puan atau haid (eg. endrometriosis, haid yang menyakitkan, smear yang tidak normal)?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(l) HIV, AIDS or AIDS-related conditions? *HIV, AIDS atau penyakit berkaitan AIDS?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(m) Any illness, disease or injury not mentioned above? *Sebarang penyakit, wabak atau kecederaan yang tidak disebut di atas?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
4. Currently insured under any other medical or hospitalisation insurance? *Sekarang ini dilindungi bawah insurans perubatan atau penghospitalan yang lain?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*

5. Application for any medical or hospitalisation type of policy has been declined, restricted or accepted at other than normal terms? *Permohonan untuk polisi perubatan atau penghospitalan pernah ditolak, dihadkan atau dirterima pada terma yang bukan terma-terma biasa?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
6. Have family history of critical illnesses like cancer, kidney failure and others? *Mempunyai sejarah bagi ahli keluarga yang menghidapi penyakit-penyakit kritikal seperti kanser, kerosakan buah pinggang dan lain-lain?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*

If you have answered " **YES**" to the above Questions from 1 to 6, please give full details below and number your answers according to the question number. / *Sekiranya anda menjawab "YA" kepada soalan di atas dari 1 hingga 6, sila berikan butiran lengkap di bawah dan nombor jawapan anda mengikut nombor soalan.*

Question No. / *No soalan.*	Name of Person Affected / *Nama Orang Yang Terjejas*	**Details** / ***Maklumat*** (i.e Date of Disability / *Tarikh Hilang Upaya* / Description of Disability / *Penerangan Hilang Upaya* / Type of Treatment / *Jenis Rawatan* / Name of Doctor and Hospital / *Nama Doktor dan Hospital* Present Status of Disability / *Status Terkini Hilang Upaya*)

For question no. 4, please provide (if any) */ Untuk soalan no. 4, sila berikan (jika ada)*

No. / *No.*	Name of Person Insured / *Nama Orang Yang Diinsuranskan*	Name of Insurance Company / *Nama Syarikat Insurans*

Regular doctor / ***Doktor yang biasa dikunjungi*** / **Last clinic or hospital visited** / ***Klinik atau hospital terakhir yang dikunjungi*** **:**		
Name of Person Insured / *Nama Orang Yang Diinsuranskan*	Full Name of Clinic or Hospital / *Nama Penuh Klinik atau Hospital* :	Address / *Alamat* :

PREMIUM / ***PREMIUM***			
Name of Person Insured / *Nama Orang Yang Diinsuranskan*	Plan / *Pelan*	Please State Cashless, Non-Cashless or Deductible Option (If Applicable) / *Sila Nyatakan Pilihan Kemasukkan Tanpa Tunai, Tunai atau Dedukdibel (Jika Berkenaan)*	Premium / *Premium* (RM)
		Sub Total / *Jumlah Sub*	
		Stamp Duty / *Duti Setem*	10.00
		Service Tax (For Corporate Policy) / *Cukai Perkhidmatan (Untuk Polisi Korporat)*	
		Total / *Jumlah*	

*Deductible Option is not applicable for Non-Cashless Plan / *Pilihan Dedukdibel adalah tidak berkenaan untuk Pelan Kemasukkan Tunai*

PAYMENT METHOD / *KAEDAH PEMBAYARAN*			
Total Premium Paid: RM _____ *Jumlah Premium Dibayar*	Please select payment method / *Sila pilih kaedah pembayaran*		
☐ Cash / *Tunai*			
☐ Cheque / *Cek*	Bank / *Bank*		
	Cheque No. / *No. Cek.*		
	Amount / *Amaun*	RM _____	
	(Crossed and made payable to "Berjaya Sompo Insurance Berhad") / (*Dipalang dan berbayar kepada* "Berjaya Sompo Insurance Berhad")		
☐ JomPay	For payment via JomPay, please provide proof of payment. / *Untuk pembayaran melalui JomPay, sila sertakan bukti pembayaran*		JomPAY **Biller Code:** 1388 **Ref-1:** Cover note No/Policy No/EndtNo **Ref-2:** Agent Code/Name & Contact No **JomPAY** online at Internet and Mobile Banking with your Current, Savings or Credit Card account
☐ Visa ☐ MasterCard	Card no. / *No. Kad* ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐ - ☐☐☐☐		Expiry Date / *Tarikh Luput* m m / y y
Cardholder's Name / *Nama Pemilik Kad*			
Cardholder's Signature / *Tandatangan Pemilik Kad*		Date / *Tarikh*	dd / mm / yy

☐ **Auto Renewal Instruction** / ***Arahan Pembaharuan Auto*** - I hereby authorise Berjaya Sompo Insurance Berhad (BSIB) to debit the first year premium amount payable to my credit card / debit card as indicated above for this insurance purpose and its renewal amount as advised by BSIB for subsequent renewal.* / *Saya dengan ini memberi kuasa kepada Berjaya Sompo Insurance Berhad (BSIB) untuk mendebitkan jumlah premium tahun pertama ke kad kredit / kad debit saya seperti yang ditunjukkan di atas untuk tujuan insurans ini dan jumlah pembaharuannya seperti yang disarankan oleh BSIB untuk pembaharuan seterusnya. **

☐ **One Time Payment by Credit Card** / ***Satu Kali Pembayaran Menggunakan Kad Kredit*** - I hereby authorise Berjaya Sompo Insurance Berhad (BSIB) to debit the premium and such amount payable to my credit card account as indicated above for this insurance proposal. / *Saya dengan ini memberi kuasa kepada Berjaya Sompo Insurance Berhad (BSIB) untuk mendebitkan pembayaran premium termasuk duti setem Polisi saya ke akaun kad kredit / kad debit saya seperti yang ditunjukkan di atas untuk permohonan insurans ini.*

***** Should you prefer to maintain renewal of this Policy, you must provide us with the instruction to charge. / *Sekiranya anda ingin mengekalkan pembaharuan Polisi ini, anda mesti memberi kami arahan untuk mengenakan bayaran.*

Important Note / *Nota Penting:*

1. Please notify/update card status and details to BSIB if there are changes. / *Sila maklumkan/kemas kini status kad dan butiran kepada BSIB jika terdapat perubahan.*
2. Please write in to BSIB for cancellation to stop Auto Renewal Instruction. Cancellation will take 5 working days upon receiving written confirmation. / *Sila tulis ke BSIB untuk pembatalan bagi menghentikan Arahan Pembaharuan Auto. Pembatalan akan mengambil masa 5 hari bekerja setelah menerima pengesahan bertulis.*
3. BSIB will contact you on cancellation confirmation. / *BSIB akan menghubungi anda untuk mengesahkan pembatalan.*

PRIVACY NOTICE / ***NOTIS PRIVASI***

The Personal Data provided by and collected from you may be used and processed by us in order for us to provide our services in accordance with our Privacy Notice, which explains how we treat your Personal Data. Please refer to our Privacy Notice which is available on our website at www.berjayasompo.com.my for details. You may contact us for access to or correction of your Personal Data, or for any other queries or feedback. /

Data Peribadi yang disediakan oleh dan dikumpulkan daripada anda boleh digunakan dan diproses oleh kami agar kami dapat menyediakan perkhidmatan kami mengikut Notis Privasi kami, yang menerangkan bagaimana kami memperlakukan Data Peribadi Anda. Sila rujuk Notis Privasi kami yang boleh didapati di laman web kami di www.berjayasompo.com.my untuk maklumat lanjut. Anda boleh menghubungi kami untuk mengakses atau membetulkan Data Peribadi Anda atau untuk pertanyaan atau maklum balas lain.

DECLARATION BY PROPOSER / *PENGAKUAN PENCADANG*

I/We declare and warrant that the answers/information provided in this proposal form are true and correct and I/We have not withheld any information or made any misrepresentation likely to affect the acceptance of this proposal and declaration which I/We agree shall be the basis of the contract between myself/ourselves and the Company. I/We shall undertake to notify the Company when there is any subsequent change to the information provided in this proposal form. I/We understand and acknowledge receipt of a copy of the **Product Disclosure Sheet (PDS)** which has/have been made available to me/us. I/We acknowledge that the key contract terms have been adequately explained to me/us and I/we fully understand the terms. I/We am/are satisfied that the product recommended by the Agent/Intermediary meets my/our insurance needs and financial affordability. /

Saya /Kami mengaku dan menjamin bahawa jawapan /maklumat yang diberikan dalam borang cadangan ini adalah benar dan betul dan saya /kami tidak menahan apa-apa maklumat atau membuat apa-apa salah nyataan yang mungkin menjejaskan penerimaan cadangan dan perisytiharan ini. Saya /Kami bersetuju akan asas kontrak antara saya /kami dan Syarikat. Saya /Kami berjanji untuk memaklumkan kepada Syarikat apabila terdapat sebarang perubahan terhadap maklumat yang diberikan dalam borang cadangan ini. Saya /Kami memahami dan mengakui penerimaan salinan ***Lembaran Pendedahan Produk (LPP)*** *yang telah disediakan kepada saya /kami. Saya /Kami mengakui bahawa terma kontrak utama telah dijelaskan dengan jelas kepada saya /kami dan saya /kami memahami sepenuhnya terma tersebut. Saya/Kami berpuas hati bahawa produk yang disyorkan oleh Ejen /Pengantara memenuhi keperluan insurans dan kemampuan kewangan saya/kami.*

Date / *Tarikh*: _____ Signature of Proposer / *Tandatangan Pencadang* _____

(If the Proposer is a company, authorised signature(s) and chop) /
(Sekiranya pencadang adalah syarikat, tandatangan dan cop pihak berkuasa)

FOR OFFICE USE / *UNTUK KEGUNAAN PEJABAT*

Effective Date / *Tarikh Berkuatkuasa* :

Underwriter / *Pengunderait* :

Remarks / *Catatan* :