Proposal Form / *Borang Cadangan*

Living Care Critical Illness

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 (PDS) boleh didapati di Pusat Khidmat Pelanggan kami, pejabat cawangan atau pengantara kami. Sila pastikan bahawa anda telah membaca dan memahami kandungan PDS 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, 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* :**

YOUR PERSONAL PARTICULARS / *BUTIR-BUTIR PERIBADI ANDA* / 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* :
NRIC No. / *No.K/P* : Co. Registered No / *No Pendaftaran Sykt* :	Date of Birth / *Tarikh Lahir* : d d / m m / y y

Sex / *Jantina* : ☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*	Nationality / *Kewarganegaraan* :
Race / *Bangsa* : ☐ Malay / *Melayu* ☐ Chinese / *Cina* ☐ Indian / *India* ☐ Other / *Lain-lain*	Weight / *Berat* : _____ kg Height / *Tinggi* : _____ cm
Occupation / *Pekerjaan* :	Nature of Work / *Jenis Pekerjaan* :

YOUR SPOUSE'S PARTICULARS / *BUTIR-BUTIR PASANGAN ANDA* / PARTICULARS OF PERSON TO BE INSURED / *BUTIR-BUTIR ORANG YANG HENDAK DIINSURANSKAN*	
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 / *Jenis Pekerjaan* :

YOUR CHILDREN'S PARTICULARS / *BUTIR-BUTIR ANAK-ANAK ANDA* / PARTICULARS OF PERSON TO BE INSURED / *BUTIR-BUTIR ORANG YANG HENDAK DIINSURANSKAN*	
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 / *Jenis Pekerjaan* :
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 / *Jenis Pekerjaan* :
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 / *Jenis Pekerjaan* :
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 / *Jenis Pekerjaan* :
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 / *Jenis Pekerjaan* :

QUESTIONNAIRES / *SOAL SELIDIK*	
Have you or your dependents / *Pernahkah anda atau tanggungan anda* :	
1. Ever suffered from or been treated, told by or consulted a medical practitioner for *any* of the following : *Pernahkah anda mengidap atau pernah di rawat, di beritahu atau berunding dengan pakar perubatan untuk mana mana yang berikut:*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(a) 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*
(b) Heart disorder, Chest pain or discomfort or tightness, Heart Attack, Stroke, Paralysis, High Blood Pressure, Rheumatic Fever, Palpitation or other diseases of the Heart of Blood vessels or any form of Circulatory Disorder? *Penyakit Jantung, sakit dada atau ketidakselesaan atau sesak, serangan jantung, strok, lumpur, tekanan darah tinggi atau rendah, demam reumatik, palpitasi atau lain lain penyakit jantung atau saluran darah atau sebarang bentuk gangguan peredaran darah?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(c) Disease of Eyes, Ears, Nose, Mouth or Throat? *Penyakit Mata, Telinga, Hidung, Mulut atau Tekak?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(d) Arthritis Sciatica, Rheumatism, Gout, disorder of the muscles or joints, Spinal disorder or back pain Bone, Joint, Muscle or skin disorder? *Artritis, skiatika, reumatisma, gout, penyakit otot atau sendi, masalah tulang belakang atau sakit belakang, Masalah tulang, sendi,otot atau kulit?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(e) Cancer, Enlarged Lymph Nodes,Thyroid conditions or disorders, Tumors, Cysts, Nodules, Polyps or growth and lumps of any kinds including malignant Blood/Leukemia? *Kanser, Nodus Limfa, masalah atau gangguan tiroid, tumor, sista, nodul, polip atau sebarang ketumbuhan atau ketulan termasuk malignan atau leukemia?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(f) Persistent Cough, Asthma or shortness of breath, Bronchitis, Pleurisy,Tuberculosis or other Respiratory Disorders or Lung Disease? *Batuk berterusan, lelah, sesak nafas, bronkitis, radang pleura, tibi, atau sebarang masalah sistem pernafasan atau penyakit paru-paru?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(g) Epilepsy, Fits, recurrent dizziness or headaches, fainting, Sclerosis, Depression, Anxiety, Psychiatric or Psychological Disorder, Mental or Nervous Disorder, blackout or of any kind? *Epilepsi, sawan, pening atau sakit kepala yang berulangan, pengsan, sklerosis, kemurungan, kebimbangan, gangguan mental atau saraf, pitam atau apa-apa jenis?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(h) Skin Lesions, HIV,AIDS or AIDS related conditions or other Sexually Transmitted Diseases? *Luka-luka kulit, HIV, AIDS atau penyakit berkaitan AIDS atau Penyakit berjangkit melalui seks?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(i) Anemia, Blood disorder, Varicose Veins, Deep Vein Thrombosis? *Anemia, penyakit darah, urat varikos, urat thrombosis?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(j) Disease of the Breast, Ovary, Uterus or other female organs, Menstrual disorder, abnormal Pap Smear(s), pregnancy complications or complications at child-birth? *Penyakit Payudara, Ovari, Rahim, atau organ wanita yang lain, Gangguan haid, Pap Smear yang tidak normal, komplikasi kehamilan atau komplikasi kelahiran anak?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(k) High Cholesterol, Hypercholesterolemia, Hyperlipidemia, Hyperuricemia, Hyperglycemia or abnormal lipid Profile? *Kolesterol tinggi, hiperkolesterolemia, hiperlipidemia, hyperuricemia, hiperglisemia atau profil lipid yang tidak biasa?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
(l) Diabetes, 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) *Diabetes, masalah hati atau sebarang jenis Hepatitis atau penyakit kuning, Batu dalam sistem kencing dan hempedu dan batu pundi hempedu? Batu (kalkuli) atau sebarang masalah Sistem Genitourinary (organ seks dan sistem kencing termasuk buah pinggang, ureter, pundi kencing dan prostat, dan sebagainya)*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
2. Have you suffered from any illness, disorder or injury during the past three (3) years which required any form of medical or specialized examination or consultation or hospitalization or that may require treatment in the future? *Adakah anda menghidap sebarang penyakit, gangguan atau kecederaan dalam tempoh (3) tahun yang lalu yang memerlukan apa-apa bentuk pemeriksaan perubatan atau khusus atau perundingan atau dimasukkan ke hospital atau yang mungkin memerlukan rawatan pada masa hadapan?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
3. Have you suffered from any physical impairment, infirmity or abnormity or congenital conditions? Or are currently receiving medical treatment and/or suffering from physical impairment, congenital abnormality or poor health? *Adakah anda mengalami kecacatan fizikal, kelemahan atau abnormity atau keadaan kongenital? Atau sedang menerima rawatan perubatan dan / atau mengalami kecacatan fizikal, kecacatan sejak lahir atau masalah kesihatan?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*

4.	Are you currently taking any medication or have any medication prescribed? (If "yes", please provide reason including name of medication, daily dosage and length of treatment?) *Adakah anda sedang mengambil sebarang ubat atau mempunyai apa-apa ubat yang ditetapkan? (Jika "ya", sila nyatakan sebab termasuk nama ubat, dos harian dan tempoh rawatan?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
5.	Have you seen a doctor/ specialist for medical or surgical advice, diagnostic test or investigation, including test or treatment that has not been performed or completed? *Pernahkah anda berjumpa dengan seorang doktor / pakar perubatan untuk mendapatkan nasihat perubatan atau pembedahan, ujian diagnostik atau penyiasatan termasuk ujian atau rawatan yang belum dilaksanakan atau diselesaikan?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
6.	Do you have other insurance policies in force where a similar benefit maybe payable? *Adakah anda mempunyai polisi insurans lain yang berkuatkuasa di mana manfaat yang sama boleh dibayar?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
7.	Have you ever had an application or an insurance coverage declined, postponed, rated up or accepted on special terms? *Pernahkah anda mempunyai aplikasi atau perlindungan insurans ditolak, ditunda, kadar dinaikkan atau diterima dengan terma-terma khas?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
8.	Do you have any close relatives who had suffered heart disease, stroke, cancer, kidney disease, or other serious conditions or disease? *Adakah anda mempunyai apa-apa saudara mara terdekat yang mengalami penyakit jantung, strok, kanser, panyakit buah pinggang, atau keadaan atau penyakit serius yang lain?*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*
9.	Do you smoke any form of tobacco? (if "**YES**, please advise type and daily consumption. If "**NO**", please advise how long you have been a non-smoker). *Adakah anda merokok sebarang bentuk tembakau? (jika "Ya", sila nyatakan jenis dan penggunaan setiap hari. Jika "tidak", sila nyatakan berapa lama anda telah menjadi bukan perokok).*	☐ Yes/*Ya* ☐ No/*Tidak*

If you have answered " YES" to the above Questions from 1 to 9, 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 9, sila berikan butiran lengkap di bawah dan nombor jawapan anda mengikut nombor soalan.

Question No. / *No. Soalan*	Nature of Illness/Disease / *Jenis Penyakit*	Date Treated / *Tarikh Dirawat* / Date Treatment Ended / *Tarikh Rawatan Berakhir*	Present State of Health / *Keadaan Kesihatan sekarang*	Name of Treating Doctor or Hospital / *Nama Doktor yang merawat atau Hospital*

For Question 3 / *Untuk Soalan 3*	Name of Medication (Prescribed Drugs) / *Nama Ubat (Preskripsi Ubat)*	Reason for Therapy / *Sebab untuk Terapi*	Daily Dosage / *Dos Harian*	Length of Treatment / *Tempoh Rawatan*

PREMIUM / *PREMIUM*			
Name / *Nama*	Sum Insured / *Jumlah Yang Diinsuranskan*	Rate / *Kadar*	Premium / *Premium* (RM)
		Sub Total / *Jumlah Sub*	
		Stamp Duty / *Duti Setem*	
		Service Tax / *Cukai Perkhidmatan*	
		Total / *Jumlah*	

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*		**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 (PDS) 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.

My regular doctor / *Doktor yang biasa saya kunjung* / Last clinic visited / *Klinik Terakhir dikunjungi* :

Name of Clinic / *Nama Klinik*:

Address / *Alamat* :

Tel No. / *No. Tel.* :

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* :