BERJAYA SOMPO INSURANCE

Proposal Form / Borang Cadangan

Foreign Worker Hospitalization and Surgical Scheme

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

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

PARTICULARS OF EMPLOYER / ***BUTIR-BUTIR MAJIKAN***

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*

NRIC No. / *No.K/P* :	Email / *Emel* :
Occupation / *Pekerjaan* :	*Fax No. / No. faks* :
Telephone No.(House) / *No. Telefon (Rumah)* :	Handphone No./ *Telefon Bimbit No* :
Telephone No.(Office) / *No. Telefon (Pejabat)* :	
Company Registration No. / *No. Pendaftaran Syarikat* :	

PERIOD IF INSURANCE COVERAGE / ***TEMPOH JIKA PERLINDUNGAN INSURANS***

Period of Coverage / *Tempoh Perlindungan* : _____ Months / *Bulan*

Date of Coverage / *Tarikh Liputan* : From / *Dari*_____ to / *hingga*_____

No. of worker(s) to be insured / *Bilangan pekerja yang akan diisuranskan* :

Sector (please tick) / *Sektor (sila tandakan)* :

☐ Construction / *Pembinaan* ☐ Manufacturing / *Pembuatan* ☐ Services / *Perkhidmatan* ☐ Plantation / *Perladangan*

☐ Transport/Storage/Communication / *Pengangkutan/Penyimpanan/Kominikasi* ☐ Wholesale/Retail Trade / *Perdagangan Borong/Runcit*

☐ Mining/Quarrying / *Perlombongan/Kuari* ☐ Others, Please Specify / *Lain-lain, Sila Nyatakan*

Who will be paying the premium for this insurance policy / *Siapa yang akan membayar premium untul polisi insurans ini*?

☐ Employer / *Majikan* ☐ Foreign worker themselves / *Pekerja Asing Sendiri*

PLACE OF EMPLOYMENT / *TEMPAT PEKERJAAN*

To be filled up only if please of employment address is not the same as the address of employers above / *Untuk diisi hanya jika alamat tempat bekerja tidak sama dengan alamat majikan di atas*

a) Company Registration No. / NRIC / Passport / Construction Site No./ Project Reference No. / *No. Pendaftaran Syarikat / Kad Pengenalan / Passport / No. Tapak Bina / No. Rujukan Projek* :

b) Place of Employment Address / *Alamat Tempat Pekerjaan* :

DESCRIPTION OF BENEFITS / *HURAIAN FAEDAH*
HOSPITAL & SURGICAL BENEFITS / *FAEDAH HOSPITAL & PEMBEDAHAN*

1(a) Daily Hospital Room & Board (Maximum up to 30 days) / *Bilik & Makan Hospital Harian (Maksimum sehingga 30 hari)*
1(b) Intensive Care Unit (ICU) (Maximum up to 15 days) / *Unit Rawatan Rapi (ICU) (Maksimum sehingga 15 hari)*
2) Hospital Supplies and Services / *Bekalan dan Perkhidmatan Hospital*
3) Operating Theatre / Dewan Bedah
4) Surgical Fees (Exclude organ transplantation) / *Yuran Pembedahan (Tidak termasuk pemindahan organ)*
5) Anesthetist's Fees / *Bayaran Pakar Bius*
6) In-Hospital Physician Visits (Maximum up to 30 days) / *Lawatan Doktor Dalam Hospital (Maksimum sehingga 30 hari)*
7) In-Hospital Specialist Consultation Visits (Maximum up to 30 days) / *Lawatan Perundingan Pakar Dalam Hospital (Maksimum sehingga 30 hari)*
8) Ambulance Fees/Medical Report Fees / *Yuran Ambulans/Bayaran Laporan Perubatan*

MAXIMUM OVERALL ANNUAL LIMIT (Item 1 to 8) RM 20,000.00
HAD TAHUNAN KESELURUHAN MAKSIMUM (Item 1 hingga 8)

ANNUAL PREMIUM (Before Service Tax and RM10.00 Stamp Duty) RM 120.00
PREMIUM TAHUNAN (Sebelum Cukai Perkhidmatan dan Duti Setem RM10.00) (Per Worker /*Setiap Pekerja*)

Important Note: All benefits payable for any number of disabilities in any one given period of insurance is subject to Overall Annual limit of RM20,000.00 per insured worker.
Nota Penting: Semua faedah yang perlu dibayar untuk sebarang bilangan hilang upaya dalam mana-mana satu tempoh insurans adalah tertakluk kepada Keseluruhan Tahunan had RM20,000.00 bagi setiap pekerja yang diinsuranskan.

PARTICULARS OF WORKERS / *BUTIR-BUTIR PEKERJA*

Name of proposer / Employer / *Nama pencadang / Majikan* :

Business / Occupation / *Perniagaan / Pekerjaan* :

The Insured Worker / *Pekerja yang Diinsuranskan*

Name of worker / *Nama pekerja*	Nationality / *Kewarganegaraan*	Passport No. / *No. Pasport*	Date of Birth / *Tarikh Lahir*	Gender / *Jantina*	Insured For / *Diinsuranskan Untuk*	Worker's Nature Of Work / *Sifat Pekerjaan Pekerja*	Work Permit Expiry Date / *Permit bekerja Tarikh Luput*	Work Permit ID / *ID Permit Kerja*

Reference / *Rujukan*			
Gender / *Jantina* : (M) Male / *Lelaki* / (F) Female / *Perempuan*			
Insured for : (C) Calling Visa Application, (P) Renewal of work permit (PLKS). / (S) Special Application Consented by KMM (i.e Foreigner worker registered under 6P programme) / *Diinsuranskan untuk : (C) Permohonan Visa Panggilan, (P) Pembaharuan permit kerja (PLKS).* *(S) Permohonan Khas Dipersetujui KMM (iaitu Pekerja Asing yang didaftarkan di bawah program 6P)*			
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

SERVICE TAX (ST) - ST will be imposed on the applicable portion of the premiums due and payable. /
CUKAI PERKHIDMATAN (ST) *- ST akan dikenakan ke atas bahagian premium yang perlu dibayar dan perlu dibayar*

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 INSURER'S STAFF/INTERMEDIARY UNDER SECTION 16(3) OF THE ANTI-MONEY LAUNDERING, ANTI-TERRORISM FINANCING AND PROCEEDS OF UNLAWFUL ACTIVITIES ACT 2001 /

PENGISYTIHARAN OLEH KAKITANGAN INSURANS/PERANTARA DI BAWAH SEKSYEN 16(3) AKTA ANTARA PENGUASAAN WANG, ANTARA PEMBIAYAAN ANTARA PENGGUNAAN DAN HASIL AKTIVITI HARAM 2001

I hereby certify that the Proposer's original NRIC/Passport/Business Registration Certificate has been verified and authenticated by me at the point of sale. / *Saya dengan ini memperakui bahawa Sijil Kad Pengenalan/Pasport/Perniagaan asal Pencadang telah disahkan dan disahkan oleh saya pada masa jualan.*

Signature / *Tandatangan* : .....

Name / *Nama* : .....

NRIC No. / *No.K/P* : .....

Date / *Tarikh* : .....

(*Insurer's staff or Intermediary / **Kakitangan atau Perantara Penanggung Insurans*)
(*delete where appropriate / * *padam yang tidak berkaitan)*

Note: Please attach a copy of proposer's original NRIC/Passport/Business Registration Certificate. /
Nota: Sila lampirkan salinan kad pengenalan/Pasport/Sijil Pendaftaran Perniagaan asal pencadang.

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*

Cover Note / Policy No. / *No. Nota Perlindungan / Polisi* :
Intermediary / *Pengantara* :
Account No. / *No. Akaun* :
Remarks / *Catatan* :