

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 : <table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	/	m	m	/	y	y
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 : <table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	/	m	m	/	y	y
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 : <table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	/	m	m	/	y	y
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 : <table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	/	m	m	/	y	y
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 : <table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	/	m	m	/	y	y
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 : <table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	/	m	m	/	y	y
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 : <table border="1"><tr><td>d</td><td>d</td><td>/</td><td>m</td><td>m</td><td>/</td><td>y</td><td>y</td></tr></table>	d	d	/	m	m	/	y	y
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? <i>Pernahkah anda dimasukkan ke hospital, menjalani pembedahan, pemerhatian atau rawatan yang bukan rutin?</i>	☐ Yes/Ya ☐ No/Tidak
2. Currently receiving medical treatment, taking any medication or suffering from physical impairment, congenital abnormality or poor health? <i>Sekarang ini menerima rawatan perubatan, mengambil sebarang perubatan atau mengalami kecacatan fizikal, keabnormalan sejak lahir atau kurang sihat?</i>	☐ 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:- <i>Pernahkah diberitahu atau pernah menerima rawatan atau mempunyai simptom berkaitan dengan sebarang penyakit atau keadaan yang dinyatakan di bawah:-</i>	
(a) Chronic cough, spitting of blood, asthma, hay fever, pleurisy, bronchitis, tuberculosis, shortness of breath or any other disease of the respiratory system? <i>Batuk kronik, ludah berdarah, lelah, demam alergi, radang pleura, bronkitis, tibi, sesak nafas atau sebarang penyakit sistem pernafasan lain?</i>	☐ 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? <i>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?</i>	☐ Yes/Ya ☐ No/Tidak
(c) Stroke, paralysis, epilepsy, fits, recurrent dizziness or headache, fainting, sclerosis, numbness, brain disease, depression, anxiety, mental or nervous disorder? <i>Strok, kelumpuhan, epilepsi, sawan, pening atau sakit kepala yang berulang, pengsan, sklerosis, kebas, penyakit otak, kemurungan, kebimbangan, gangguan mental atau saraf?</i>	☐ Yes/Ya ☐ No/Tidak
(d) Diabetes, sugar or blood in urine, kidney disorder, stones in the urinary system or hernia? <i>Kencing manis, kandungan gula atau darah dalam air kencing, penyakit buah pinggang, batu di dalam sistem kencing atau hernia?</i>	☐ Yes/Ya ☐ No/Tidak
(e) Disease of eyes, ears, nose, mouth or throat? <i>Penyakit mata, telinga, hidung, mulut atau tekak?</i>	☐ Yes/Ya ☐ No/Tidak
(f) Arthritis, sciatica, rheumatism, gout, back pain, disorder of the muscle, joint, bone or spine or skin disorder? <i>Artritis, skiatika, reumatisma, gout, sakit belakang, penyakit otot, sendi, tulang atau tulang belakang atau masalah kulit?</i>	☐ Yes/Ya ☐ No/Tidak
(g) Persistent stomach, abdominal or gastric pain, ulcer or disorder of the stomach, pancreas, intestines, haemorrhoids or rectal disorder? <i>Sakit perut yang berterusan, sakit di bahagian perut atau gastrik, ulser atau penyakit dalam perut, pankreas, usus, buasir atau rektum?</i>	☐ Yes/Ya ☐ No/Tidak
(h) Stone in biliary system including gallbladder stone, cholecystitis, liver disease or any type of hepatitis? <i>Batu dalam sistem biliari termasuk batu pundi hempedu, radang pundi hempedu, penyakit hati atau sebarang jenis hepatitis?</i>	☐ 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? <i>Kanser termasuk darah malignan atau leukemia, tumor, sista, nodul, polip, sebarang ketumbuhan atau ketulan dalam mana-mana sistem organ?</i>	☐ Yes/Ya ☐ No/Tidak
(j) Anaemia, blood disorder, varicose vein, deep vein thrombosis, thyroid disorder (such as Goitre) or Rheumatic Fever? <i>Anemia, penyakit darah, urat varikos, urat trombosis dalam, penyakit tiroid (seperti Goiter) atau demam reumatik?</i>	☐ 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)? <i>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. endometriosis, haid yang menyakitkan, smear yang tidak normal)?</i>	☐ Yes/Ya ☐ No/Tidak
(l) HIV, AIDS or AIDS-related conditions? <i>HIV, AIDS atau penyakit berkaitan AIDS?</i>	☐ Yes/Ya ☐ No/Tidak
(m) Any illness, disease or injury not mentioned above? <i>Sebarang penyakit, wabak atau kecederaan yang tidak disebut di atas?</i>	☐ Yes/Ya ☐ No/Tidak
4. Currently insured under any other medical or hospitalisation insurance? <i>Sekarang ini dilindungi bawah insurans perubatan atau penghospitalan yang lain?</i>	☐ 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? <i>Permohonan untuk polisi perubatan atau penghospitalan pernah ditolak, dihadkan atau diterima pada terma yang bukan terma-terma biasa?</i>	☐ Yes/Ya ☐ No/Tidak
6. Have family history of critical illnesses like cancer, kidney failure and others? <i>Mempunyai sejarah bagi ahli keluarga yang menghadapi penyakit-penyakit kritikal seperti kanser, kerosakan buah pinggang dan lain-lain?</i>	☐ 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	Personal or Provided by Employer / Persendirian atau dibekalkan oleh Majikan
			☐ Personal / Persendirian ☐ Employer / Majikan
			☐ Personal / Persendirian ☐ Employer / Majikan
			☐ Personal / Persendirian ☐ Employer / Majikan

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 / Jumlah Premium Dibayar : RM _____ 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 Sampo Insurance Berhad") / (Dipalang dan berbayar kepada "Berjaya Sampo Insurance Berhad")			
☐ JomPay	For payment via JomPay, please provide proof of payment. / Untuk pembayaran melalui JomPay, sila sertakan bukti pembayaran		 Bill 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	Card no. / No. Kad	Expiry Date / Tarikh Luput	
☐ Master	- - -	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 Sampo 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 Sampo 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 Sampo 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 Sampo 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: - 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. - 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. - BSIB will contact you on cancellation confirmation. / BSIB akan menghubungi anda untuk mengesahkan pembatalan.			

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)

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.berjaysompo.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.berjaysompo.com.my untuk maklumat lanjut. Anda boleh menghubungi kami untuk mengakses atau membetulkan Data Peribadi Anda atau untuk pertanyaan atau maklum balas lain.
CHECKLIST ON PRODUCT DISCLOSURE AND TRANSPARENCY / SENARAI SEMAKAN PENDEDAHAN PRODUK DAN KETELUSAN
Financial Information / Maklumat Kewangan
I acknowledge that I have provided the following information to the Company or intermediary / Saya mengakui bahawa saya telah memberikan maklumat berikut kepada Syarikat atau pengantara
(a) Annual Income / Pendapatan Tahunan
(b) Total Savings and Investment / Jumlah Simpanan dan Pelaburan
(c) Source of Income / Punca Pendapatan
(d) Current Monthly Expenditures / Perbelanjaan Bulanan Semasa
(e) The insurance coverage that I already have and additional requirements to meet my future needs / Perlindungan insurans yang telah saya miliki dan keperluan tambahan untuk memenuhi keperluan masa depan saya
(f) Whether to extend insurance coverage to family member / Sama ada polisi melanjutkan perlindungan insurans kepada ahli keluarga
Product Features and Benefits / Ciri-Ciri Produk dan Faedah
The Company or intermediary has taken me through the product brochure and product disclosure sheet and his or her explanation included the following / Syarikat atau pengantara telah membawa saya melalui risalah produk dan lembaran pendedahan produk dan penjelasannya termasuk yang berikut
(a) Types of health Insurance product / Jenis produk insurans kesihatan
(b) Benefits coverage (including sum insured or policy coverage) of the product / Perlindungan manfaat (termasuk jumlah diinsuranskan atau perlindungan polisi) produk
(c) Cashless and Non-Cashless claim process / Proses Tuntutan Tanpa Tunai dan Tunai
(d) Deductible Options and Mandatory Co-Payment / Pilihan Deduktibel dan Bayaran Bersama Wajib
(e) Policy terms and conditions / Tema dan syarat polisi
The Rights of Policy Owner / Hak Pemilik Polisi
I am aware that I should receive a copy of the following and understand the information from the Company / Saya tahu bahawa saya harus menerima salinan yang berikut dan memahami maklumat daripada Syarikat
(a) Policy / Benefit Illustration / Ilustrasi Dasar / Faedah
(b) Policy Wording / Dasar Polisi
(c) Panel Hospital Listing / Penyenaraian Hospital Panel
(d) Admission Process Flow / Aliran Proses Kemasukan
(e) e-Medical Card / e-Kad Perubatan
I hereby acknowledge that Berjaya Sampo Insurance Berhad or representative has fully explained to me about the above insurance product coverage, and I fully understand the contents of the document. / Saya dengan ini mengakui bahawa Berjaya Sampo Insurance Berhad atau pengantara telah menerangkan dengan sepenuhnya kepada saya mengenai produk insurans atas, dan saya memahami dengan sepenuhnya isi kandungan dokumen. 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 :