RHB Insurance

PROPOSAL FORM / BORANG CADANGAN
HOSPITAL & SURGICAL INSURANCE

Name Introducer :	
Hp Introducer :	
Email Introducer :	

Agency Code / Kod Agensi

K	L		3	0	0	5	3	0	0

Disclosure of Material Facts / Pemberitahuan Fakta-fakta Material

Pursuant to Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this Insurance wholly for yourself/family/dependents, you have a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this Proposal Form. You must answer the questions in this Proposal Form fully and accurately.

Failure to take reasonable care in answering the questions may result in avoidance of your contract of insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your contract of insurance.

The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us.

In addition to answering the questions in this Proposal Form, you are required to disclose any other matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied.

You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in this Proposal Form is inaccurate or has changed. / Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri keluarga/tanggungan, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini. Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini dengan lengkap dan tepat.

Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans anda, keengganan atau pengurangan gantirugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda.

Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

Sebagai tambahan kepada soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini, anda dikehendaki untuk mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan.

Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

Cash Before Cover / Tunai Sebelum Perlindungan

It is hereby declared and agreed that it is a fundamental and absolute special condition of this contract of insurance the premium due must be paid and received by us before cover commences. / Adalah dengan ini diisytiharkan dan dipersetujui bahawa adalah menjadi keperluan dan syarat khas mutlak kontrak insurans ini bahawa premium yang perlu dibayar mesti dijelaskan dan diterima oleh kami sebelum perlindungan bermula.

A. YOUR PERSONAL PARTICULARS:/ BUTIR-BUTIR PERIBADI ANDA:

PLEASE USE BLOCK LETTERS / TICK ✓ APPRORIATE BOX
SILA GUNAKAN HURUF BESAR / TANDAKAN ✓ DALAM KOTAK YANG DIBENARKAN

Salutation / Gelaran

☐ Mr / Encik ☐ Mdm / Puan ☐ Miss / Cik

Name of Proposer / Policy Holder / Applicant Nama Pencadang / Pemilik Polisi / Pemohon

Address / Alamat

City / Bandar

State / Negeri

Postcode / Poskod

Telephone No. (Home) / No. Telefon (Rumah)

Mobile No. / No. Telefon Bimbit

Office Telephone No./ No. Telefon Pejabat

NRIC No. / No. Kad Pengenalan Baru

Date of Birth / Tarikh Lahir

Sex / Jantina ☐ M / L ☐ F / P

Nationality / Warganegara ☐ Malaysia Others / Lain-lain _____ Weight / Berat ___ kg Height / Tinggi ___ cm

Preferred Language / Bahasa Pilihan ☐ English Inggeris ☐ Malay Melayu ☐ Chinese Cina ☐ Tamil

Email / E-mel _____

Occupation / Pekerjaan

Name & Address of Department / Nama & Alamat Jabatan

B. YOUR SPOUSE'S PARTICULARS: / KETERANGAN PERIBADI PASANGAN ANDA:

Name / Nama

NRIC No. / No. Kad Pengenalan Baru

Date of Birth / Tarikh Lahir

Sex / Jantina ☐ M / L ☐ F / P

Occupation / Pekerjaan

Weight / Berat ___ kg Height / Tinggi ___ cm

Underwritten by/ Ditaja jamin oleh: RHB Insurance Bhd

C. YOUR CHILDREN'S PARTICULARS: / KETERANGAN PERIBADI ANAK-ANAK ANDA:

Name / Nama

NRIC No. / No. Kad Pengenalan Baru | Date of Birth / Tarikh Lahir | Sex / Jantina | Weight / Berat | Height / Tinggi

M / L F / P kg cm

Name / Nama

NRIC No. / No. Kad Pengenalan Baru | Date of Birth / Tarikh Lahir | Sex / Jantina | Weight / Berat | Height / Tinggi

M / L F / P kg cm

Name / Nama

NRIC No. / No. Kad Pengenalan Baru | Date of Birth / Tarikh Lahir | Sex / Jantina | Weight / Berat | Height / Tinggi

M / L F / P kg cm

Note: If you need to add more children, please attach a piece of paper and add their details / Nota: Jika anda ingin menambah keterangan anak-anak, sila lampirkan di atas sehelai kertas.

	Yes / Ya	No / Tidak
1. Does the person to be insured have Health Insurance with us or any other company? / Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan memiliki Insurans Perubatan dengan kami atau syarikat lain? If "Yes", please attach a copy of the existing Policy Schedule. / Jika "Ya", sila sertakan salinan Jadual Polisi tersebut.	☐	☐
2. Has the person to be insured: / Pernahkah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan:		
a. Suffered or have any physical defect, infirmity or congenital conditions? / Mengalami kecacatan fizikal, keuzuran atau penyakit kongenital?	☐	☐
b. Had any medical check-up, x-ray scan, blood test, urine test, ECG or currently under observation or receiving treatment or taking any medication? Pernah melalui pemeriksaan kesihatan, ujian x-ray, ujian darah, ujian air kencing, ECG, atau sedang dalam pemerhatian atau menerima rawatan atau mengambil sebarang ubat-ubatan? If yes, please provide us with copies of the results. / Jika ya, sila kemukakan salinan keputusan.	☐	☐
c. Undergone any surgical operation or suffered from any disease or injury? / Menjalani sebarang pembedahan atau mengalami sebarang penyakit atau kecederaan?	☐	☐
d. Ever been advised to have a surgical operation which has not been performed? / Dinasihatkan menjalankan sebarang pembedahan yang belum dilaksanakan?	☐	☐
3. Have you or any of the persons to be insured ever been treated for any of the following: / Pernahkah anda atau sesiapa yang diberitahu bahawa anda atau mereka mengalami atau pernah menerima rawatan bagi sebarang penyakit di bawah:		
a. Chronic cough, spitting of blood, asthma, hay fever, pleurisy, tuberculosis or any other disease of the respiratory system? / Batuk kronik, ludah berdarah, asma, demam alergi, radang pleura, tibi, atau sebarang penyakit sistem pernafasan lain?	☐	☐
b. High or low blood pressure, heart disease, chest pain, heart attack, shortness of breath, palpitation or heart disorder? / Tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit jantung, sakit dada, serangan jantung, sesak nafas, palpitasi atau gangguan jantung?	☐	☐
c. Epilepsy, fits, dizziness, mental or nervous disorder? / Gila babi, sawan, pening, gangguan mental atau saraf?	☐	☐
d. Diabetes, sugar or blood in urine, kidney, colic or hernia? / Diabetes, kandungan gula dalam darah atau air kencing, penyakit buah pinggang, kolik atau hernia?	☐	☐
e. Disease of the eyes, ears, nose or throat? / Penyakit mata, telinga, hidung, atau tekak?	☐	☐
f. Arthritis, sciatica, rheumatism, back, spine, bone, joint, muscle or skin disorder? / Artritis, skiatika, reumatisma, penyakit belakang, tulang belakang, tulang, sendi, otot atau kulit?	☐	☐
g. Ulcer or disorder of the stomach, intestines, haemorrhoids or rectal disorder? / Ulser atau penyakit dalam perut, usus, buasir, atau rektum?	☐	☐
h. Gall bladder stone or liver disease or any type of hepatitis? / Batu pundi hempedu, atau penyakit hati atau sebarang jenis hepatitis?	☐	☐
i. Cancer, tumour or growth of any kind in any organ system? / Kanser, tumor atau sebarang ketumbuhan dalam mana-mana sistem organ?	☐	☐
j. Anaemia, Thyroid disorder (such as Goitre) or Rheumatic Fever? / Anemia, penyakit Tiroid (seperti Gioter) atau Demam Reumatik?	☐	☐
k. Sexually transmitted diseases such as syphilis, gonorrhoea or non-specific urethritis? / Penyakit yang berjangkit melalui seks seperti sifilis, gonorea atau uretritis tidak spesifik?	☐	☐
l. AIDS or AIDS-related conditions? / AIDS atau penyakit berkaitan-AIDS?	☐	☐
m. Any illness, disease or injury not mentioned above? / Sebarang penyakit atau kecederaan yang tidak disebut di atas?	☐	☐
4. Have any of your parents or sibling ever had or died from cancer including breast cancer, tuberculosis, diabetes, hypertension, stroke, kidney disease, heart disease, multiple sclerosis, mental illness or any other hereditary disease or any AIDS related condition? / Pernahkah ibu bapa atau adik-beradik anda mengalami atau meninggal dunia akibat kanser termasuk kanser payu dara, batuk kering, kencing manis, hipertensi, strok, penyakit buah pinggang, penyakit jantung, skleosis berganda, penyakit mental atau sebarang penyakit keturunan AIDS?	☐	☐

5. If any of the answer is "Yes" to questions 2,3 and 4 please give details below and number you answer to correspond with the number of the questions to which the answer applies: / Jika jawapan untuk mana-mana soalan 2,3 dan 4 adalah 'Ya', sila beri keterangan di bawah dengan mencatatkan nombor jawapan mengikut nombor soalan:

Question No. / No. Soalan	Question No. / No. Soalan	Question No. / No. Soalan
Name of Person / Nama	Name of Person / Nama	Name of Person / Nama
Type and Date of Disability Jenis dan Tarikh Ketidakupayaan	Type and Date of Disability Jenis dan Tarikh Ketidakupayaan	Type and Date of Disability Jenis dan Tarikh Ketidakupayaan
Current Status of Disability Status Semasa Ketidakupayaan	Current Status of Disability Status Semasa Ketidakupayaan	Current Status of Disability Status Semasa Ketidakupayaan
Name and address of Hospital and Physician Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan	Name and address of Hospital and Physician Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan	Name and address of Hospital and Physician Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan

6. Has the person to be insured ever had an application for any medical or hospitalisation type of policy been declined, restricted and accepted at other than normal terms. Pernahkah permohonan anda atau tanggungan anda untuk polisi perubatan atau hospital ditolak, dihadkan atau diterima dengan syarat-syarat selain daripada terma-terma biasa.

☐ Yes / Ya — If yes, please state reason and provide the name of the Insurance Company./ Jika Ya, sila nyatakan punca serta nama Syarikat Insurans.

☐ No / Tidak _____

7. Do you / anyone to be insured smoke cigarettes/ cigars/ pipes? / Adakah anda/ sesiapa yang akan diinsuranskan menghisap rokok/ cerut/ pipe?

☐ Yes / Ya — If yes, please answer the following: / Sekiranya Ya, sila jawab soalan berikut:

☐ No / Tidak

7.1 Age at onset / Umur bermula _____ Years of smoking / Jumlah tahun merokok _____ Quantity / Kuantiti: _____ Stick per day / batang sehari

7.2 Relationship to the Proposer/ Policy Holder/ Applicant / Hubungan dengan Pencadang/ Pemilik polisi/ Pemohon _____

8. Do you/ anyone to be insured consume alcohol (beer, wine, liquor)? Adakah anda/ sesiapa yang akan diinsuranskan meminum alkohol (bir, wain, arak)?

☐ Yes / Ya — If yes, please answer the following: / Sekiranya Ya, sila jawab soalan berikut:

☐ No / Tidak

8.1 If yes, how many glasses per week? / Jika Ya, berapa gelas setiap minggu? _____

8.2 Relationship to the Proposer/ Policy Holder/ Applicant / Hubungan dengan Pencadang / Pemilik polisi/ Pemohon _____

9. Blood Type / Jenis Darah _____ Allergies (If any) / Alahan (sekiranya ada) _____

YOUR PREFERED PLAN / PLAN YANG DI MINATI

PLEASE TICK ✓ WHERE APPLICABLE / SILA TANDAKAN ✓ DI MANA SESUAI
Premium and Category / Premium dan Kategori

PLAN A
☐ RM55.00/Month (Employee Only)
☐ RM150.00/Month (Employee & Family)

PLAN B
☐ RM119.00/Month (Employee Only)
☐ RM237.00/Month (Employee & Family)

FOR YEARLY PAYMENT ONLY / UNTUK BAYARAN TAHUNAN SAHAJA

☐ Credit Card / Kad Kredit ☐ VISA ☐ MasterCard. ☐ Cheque / Bankdraf No.
No. Cek / Deraf Bank _____

I hereby authorize RHB INSURANCE BERHAD to debit my Credit Card account indicated below amount (in RM) being the annual premium due as stated or such other amount (in RM) as adviced by RHB INSURANCE BERHAD from time to time under my insurance policy above.
Saya dengan ini membenarkan RHB INSURANCE BERHAD untuk mendebitkan akaun Kad Kredit saya dengan jumlah (RM) seperti yang dinyatakan di bawah bagi premium tahunan perlu dibayar seperti yang dinyatakan atau jumlah (RM) lain yang dimaklumkan oleh RHB INSURANCE BERHAD dari masa ke semasa di bawah polisi insurans di atas.

Name of Cardmember / Nama Pemegang Kad: _____

Cardmember's Account No / No Akaun Pemegang Kad ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

*CVV No. / No CVV ☐☐☐

Valid Thru / Sah Sehingga ☐☐ Month / Bulan ☐☐☐☐ Year / Tahun

DECLARATION: I declare the above information provided in this standing instruction is correct and true. In the event of any changes or cancellation of the instruction above. I shall keep RHB INSURANCE BERHAD informed in writing or by giving a fresh standing instruction.
Kindly be advised that we will auto debit your credit card if renewal is invited.
DEKLARASI: Saya mengesahkan bahawa maklumat di atas telah diberikan di dalam arahan tetap ini adalah tepat dan benar. Jika terdapat sebarang perubahan atau pembatalan bagi arahan di atas, saya hendaklah memaklumkan kepada RHB INSURANCE BERHAD secara bertulis atau dengan memberi arahan tetap yang baru.
Dimaklumkan auto debit kad kredit hanya dibuat jika pembaharuan dijemput.

Date / Tarikh D D - M M - Y Y Y Y

_____
Signature of Cardholder / Tandatangan Pemegang Kad

DECLARATION / PERAKUAN

1. I/We to the best of My/Our knowledge hereby confirm that the statements contained in this proposal form are true and correct and I/We have not concealed, misinterpreted or misstated any material facts. / Saya/Kami di atas pengetahuan terbaik Saya/Kami mengesahkan bahawa pernyataan yang terkandung di dalam Borang Cadangan ini adalah benar dan tepat dan Saya/Kami tidak merahsiakan, menyalah gambarkan atau menyalah nyatakan sebarang maklumat penting.
2. I/We agree that the statements and declaration contained in this proposal form shall be the contract of insurance with the Company and are deemed to be incorporated in the contract. / Saya/Kami bersetuju bahawa kenyataan dan deklarasi yang termaktub di dalam borang cadangan ini akan dijadiakan asas kepada kontrak insurans dengan pihak Syarikat dan akan menjadi kandungan di dalam kontrak.
3. I/We hereby declare that I/We have received, read and understand the "Product Disclosure Sheet" of " Hospital & Surgical Insurance" before I/We decided to sign up this policy. / Saya/Kami dengan ini mengisytiharkan bahawa Saya/Kami telah menerima, membaca dan memahami "Risalah Informasi Maklumat" untuk insurans "Hospital & Surgical Insurance" sebelum mebuat keputusan menyertai polisi ini.
4. I/We further declare that I/We am/are in good health and free from any physical impairment or deformity at the time when I/We enroll into the plan. / Saya/Kami mengisytiharkan bahawa Saya/Kami bebas dari sebarang kekurangan fizikal/kecacatan sebelum penyertaan Saya/Kami ke dalam pelan ini.
5. I/We hereby expressly irrevocably consent and authorise RHB Insurance Berhad to disclose any information that I/We have provided/disclose to RHB Insurance Berhad for the purposes of cross-selling, marketing and promotions, with other companies within The RHB Capital Bhd Group of Companies, its agent , servants and/or such persons or third parties as RHB Insurance Berhad may deem fit. / Saya/Kami mengesahkan bahawa Saya/Kami memberi kebenaran dan kuasa kepada RHB Insurance Berhad yang tidak boleh dibatal tanpa kebenaran untuk mendedahkan sebarang maklumat yang telah Saya/Kami kemukakan kepada RHB Insurance Berhad bagi tujuan jualan silang ("cross-selling"), pemasaran dan promosi dengan syarikat-syarikat dalam kumpulan perbankan RHB Capital Berhad, agennya, pekerja-pekerjanya dan/atau mana-mana individu atau pihak ketiga yang difikirkan oleh RHB Insurance Berhad adalah wajar.

   ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
6. I/We hereby authorised any hospitals, surgeons, medical practitioner or clinic or other person who attended to Me/Ourselves for any reason to disclose to the Insurance Company any and all information with respect to any illness or injury and to provide copies of all or medical records/certificates, including any earlier medical history. A photo-copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original. / Saya/Kami dengan ini mengizinkan mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik atau orang lain yang merawat Saya/Kami di atas sebarang punca untuk mendedahkan kepada Syarikat Insurans sebarang dan kesemua maklumat yang berkenaan dengan sebarang penyakit atau kecederaan serta mengemukakan salinan semua rekod/sijil hospital atau perubatan, termasuk sebarang sejarah perubatan terdahulu. Salinan keizinan ini adalah berkuasa dan sah sepertimana yang asal.
7. I/We acknowledge that the liability of the Insurance Company does not commence until this proposal is accepted by and premium paid to the Insurance Company. / Saya/Kami memaklumi yang liabiliti Syarikat Insurans tidak akan bermula sehingga permohonan ini diterima dan premium dibayar kepada Syarikat Insurans.

_____
Signature of Proposer / Policyholder / Applicant
Tandatangan Pencadang / Pemilik Polisi / Pemohon

Agency / Agensi: E-KHIDMAT IKHLAS SDN. BHD. Agency No. / No. Agensi : KL 3005300

Date / Tarikh: D D - M M - Y Y Y Y

DECLARATION BY AGENT / PERISYTIHARAN OLEH EJEN

I declare and confirm that: / Saya mengisytiharkan dan mengesahkan bahawa:

(A) All information contained in this proposal is the only information given to me by the application and/or the life to be insured, and I have not withheld any other information which might influence the acceptance of this proposal. / Semua keterangan yang terkandung di dalam permohonan ini merupakan maklumat yang diberikan kepada saya oleh pemohon dan/atau hayat yang mungkin boleh mempengaruhi penerimaan bagi permohonan ini.

(B) I have not given any statement to the applicant and/or the life to insured contrary to the provisions as contained in the Company's standard policy. / Saya tidak memberi pemohon dan/atau hayat yang akan diinsuranskan sebarang kenyataan yang bertentangan dengan peruntukan polisi standard syarikat.

(C) I have sighted the original NRIC and verified the identity of the applicant through the use of NRIC or other documents. / Saya telah melihat salinan asal Kad Pengenalan dan mengesahkan identiti pemohon melalui penggunaan Kad Pengenalan atau dokumen lain-lain.

Name of Agent (In Block Letters) / Nama Ejen (Huruf Besar)

E - K H I D M A T I K H L A S S D N B H D

Place / Tempat

P U C H O N G

Date / Tarikh

D D - M M - Y Y Y Y

Date received at Head Office /
Tarikh diterima di Ibu Pejabat

D D - M M - Y Y Y Y

Date received at Branch Office /
Tarikh diterima di Pejabat Cawangan

D D - M M - Y Y Y Y

_____
Signature of Agent / Tandatangan Ejen

Special Notification / Pemberitahuan Khas: The applicant is hereby notified that the Company has appointed agents/representatives who have the authority to solicit or negotiate contracts of insurance on behalf of the Company. All authorised agents/representatives are issued with authorisation cards. / Pemohon dengan ini telah diberitahu bahawa Syarikat telah melantik ejen/wakil yang telah diberikan kebenaran untuk mengurus atau merundingkan kontrak insurans bagi pihak Syarikat. Semua ejen/wakil yang diberikan kebenaran mempunyai kad kebenaran.

THIRDPARTY VERIFICATION / PENGESAHAN PIHAK

In compliance with Section 16(2) of the Anti-Money Laundering Act 2001, I hereby certify that the Proposer's original new NRIC/Business Registration Certificate was verified and authenticated by me at the point of sales. / Selaras dengan pematuhan Seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram 2001, saya dengan ini mengesahkan bahawa Nombor Kad Pengenalan Baru/ Sijil Pendaftaran Perniagaan asal pemohon telah disahkan ketulenannya ketika urusniaga dijalankan.

Name / Nama

NRIC No. / No. Kad Pengenalan Baru

- -

Date / Tarikh

D D - M M - Y Y Y Y

_____
Signature / Tandatangan

"Third Party" means insurance agents, insurance brokers or staff of insurance companies. / Pihak ketiga "bermaksud ejen insurans, broker insurans atau kakitangan syarikat insurans.

Note: A copy of the proposer's new NRIC/Business Registration Certificate must be submitted together with this declaration for individual insurance policy with premium exceeds RM50,000.00. / Nota: Salinan Kad Pengenalan Baru/Sijil Pendaftaran Perniagaan percadang hendaklah disertakan bersama-sama dengan borang cadangan ini untuk Polisi Persendirian jika bayaran premium melebihi RM50,000.00.

FOR OFFICE USE ONLY / UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA

OFFICIAL RECEIPT NO. / NO. RESIT RASMI:

PREMIUM AMOUNT / JUMLAH PREMIUM: RM_____

PERIOD OF COVER / TEMPOH PERLINDUNGAN:

FROM / DARI D D - M M - Y Y Y Y

TO / HINGGA D D - M M - Y Y Y Y

Submission of this proposal form to RHB Insurance Berhad does not tantamount to acceptance of cover. No cover shall be in force until this proposal has been accepted by and premium paid to RHB Insurance Berhad. / Penyerahan borang cadangan ini kepada RHB Insurance Berhad tidak bermaksud persetujuan memberikan perlindungan. Perlindungan tidak akan berkuatkuasa sehingga borang cadangan ini diterima oleh RHB Insurance Berhad.