

Group Hospitalisation and Surgical Proposal Form (Individual Declaration For Group)

IMPORTANT NOTE

Pursuant to Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this Insurance wholly for yourself/family/dependants, 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.

TAX

All premium and fees shown in this document may be subject to tax or other government levies.

NAME OF COMPANY _____

A. YOUR PERSONAL PARTICULARS

PLEASE USE BLOCK LETTERS/TICK (✓) APPROPRIATE BOX

SALUTATION MR MADAM MS

MEMBER'S NO. _____ PLAN _____

NAME OF MEMBER _____

HOUSE ADDRESS _____

CITY _____ STATE _____ POSTCODE _____

TEL. NO. HOME _____ OFFICE _____ MOBILE _____

NRIC NO. _____ (new) _____ (old)

PASSPORT NO. _____ OCCUPATION _____

DATE OF BIRTH _____ GENDER M F

NATIONALITY _____ WEIGHT _____ kg HEIGHT _____ cm

SMOKER Yes if Yes, Number of cigarettes per day _____ Stick / Sticks
 No

PREFERRED LANGUAGE English Malay Chinese Tamil
RACE Malay Chinese Indian Others

Specification: _____

B. YOUR SPOUSE'S PARTICULARS

SALUTATION MR MADAM

NAME OF SPOUSE _____

NRIC NO. _____ (new) _____ (old)

PASSPORT NO. _____

DATE OF BIRTH _____ WEIGHT _____ kg HEIGHT _____ cm

OCCUPATION _____

SMOKER Yes if Yes, Number of cigarettes per day _____ Stick / Sticks
 No

C. YOUR CHILDREN'S PARTICULARS

NAME _____

DATE OF BIRTH _____

GENDER M F Age: _____

BIRTH CERTIFICATE NO: _____

NRIC NO. _____

PASSPORT NO. _____

WEIGHT _____ kg HEIGHT _____ cm

OCCUPATION _____

NAME _____

DATE OF BIRTH _____

GENDER M F Age: _____

BIRTH CERTIFICATE NO: _____

NRIC NO. _____

PASSPORT NO. _____

WEIGHT _____ kg HEIGHT _____ cm

OCCUPATION _____

NAME _____

DATE OF BIRTH _____

GENDER M F Age: _____

BIRTH CERTIFICATE NO: _____

NRIC NO. _____

PASSPORT NO. _____

WEIGHT _____ kg HEIGHT _____ cm

OCCUPATION _____

NAME _____

DATE OF BIRTH _____

GENDER M F Age: _____

BIRTH CERTIFICATE NO: _____

NRIC NO. _____

PASSPORT NO. _____

WEIGHT _____ kg HEIGHT _____ cm

OCCUPATION _____

DECLARATION

No.	Question	Yes	No
1	Does the person to be insured have Health Insurance with us or any other company?		
2	Does the person to be insured require takeover benefit from other Health Insurance? If YES, please attach a copy of the existing Policy Schedule.		
3	Has person to be insured ever in respect of any medical or health insurance, had an insurer defer or decline a proposal, refuse renewal or terminate insurance? If YES, please state reason and provide the name of the insurance company.		
4	Has person to be insured:		
	a. Suffered from any physical impairment, infirmity or abnormality or congenital conditions?		
	b. Had or ever been advised to have any medical check-up, x-ray scan, blood test, urine test, ECG or is currently under observation and/or receiving treatment or taking any medication in the past twelve (12) months?		
	c. Has or had any abnormal blood, urine or any other investigation test result in the past twelve (12) months?		
	d. Undergone any surgical operation or suffered any illness, disorder or injury during the past three (3) years which has required any form of medical or specialized examination or consultation or hospitalization, or that may require future treatment?		
	e. Seen a doctor / specialist for medical or surgical advise, diagnostic test or investigation including test or treatment that has not been performed or completed?		
	f. Had any surgery planned in the next six (6) months?		
5	Has the person to be insured ever suffered from or been treated, told by or consulted a medical practitioner for:		
	a. Disease or disorder of the eyes, ears, nose, mouth or throat?		
	b. Fits, epilepsy, recurrent dizziness or headache, fainting, sclerosis, mental or nervous disorder, paralysis, depression, psychiatric or psychological disorders, blackout or of any kind?		
	c. Persistent cough, coughing blood, asthma, bronchitis, tuberculosis or any other disorders of respiratory disorder?		
	d. High or low blood pressure, heart disease, chest pain or discomfort or tightness, heart attack, stroke, shortness of breath, rheumatic fever, anaemia or disorder of blood, other disease of the heart or blood vessels or any form of circulatory disorder, palpitation or any other disorders of the heart?		
	e. Stone or any other disorder of kidney or urinary system, sugar, protein or blood in urine or menstrual disorder?		
	f. Rheumatism, slipped disc, arthritis, gout or disorder of muscles or joints, spinal disorder or back pain, skin disorder?		
	g. Gastritis, ulcer or any other disorders of stomach or intestine, prostate conditions, haemorrhoids or hernia?		
	h. Diabetes mellitus, thyroid conditions?		
	i. Liver disorder or disease, gall bladder stone or any other disorder of gall bladder, hepatitis of any kind or jaundice?		
	j. Tumours, cancer, cysts, nodules, polyps, growth and lumps of any kind including malignant blood/ leukemia?		
	k. Varicose veins or deep vein thrombosis?		
	l. HIV (Human immunodeficiency virus), AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) or other sexually transmitted disease?		
	m. Any illness, disease, injury, disabilities or amputation not mentioned above?		
6	Female applicants: Is the person to be insured now pregnant? If yes, how many month? _____ months		
7	For children below two (2) years old: Was this child born premature or pre-term? If yes, please provide birth weight and number of weeks premature. Birth weight: _____ Week of delivery: _____		
8	Has or had any of person to be insured's parents or sibling suffered from/died from cancer, diabetes mellitus, hypertension, stroke, kidney disease, multiple sclerosis, mental illness or any other heredity disease or other serious condition or disease?		

9. If any of the answers is "Yes" to questions 3 to 8 please give details below and number your answers to correspond with the number of the questions to which the answer applies:

Question No. _____
Name of Person _____
Type and Date of Disability _____
Current Status of Disability _____
Name and Address of Hospital and Physician _____

Question No. _____
Name of Person _____
Type and Date of Disability _____
Current Status of Disability _____
Name and Address of Hospital and Physician _____

10. Name and address of your regular doctor and if none, the doctor last visited and the reason for visit:

Name _____
Address _____
Reason for visit _____
Date of visit _____

Additional

- We may ask you additional questions if required.
- The questions on this proposal form and any other details we specifically request relate to facts which we consider material to underwriting this insurance. However, because no list of questions can be exhaustive, please consider whether there is any other material information which is known to you which could influence our assessment and acceptance of the risk.

I/We understand that it is my/our duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this Proposal Form and I/We hereby declare that I/We have fully and accurately answered the questions above.

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.

I/We hereby authorise any hospital, surgeon, medical practitioner or clinic or other person who attended to me/us 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 hospital or medical records/certifications, including any earlier medical history. A photo-copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

DECLARATION

I/We hereby give my/our unconditional and unequivocal consent to you and all your related companies to process my/our personal data revealed hereto. You are at liberty to process the data and share the information revealed thereto with any of your service providers and your other related companies provided that the revelation of my/ our personal data strictly for the purposes in relation to the insurance which I/we have applied hereto. The consent given hereto is in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010

Signature of Proposed Insured
Name of Proposed Insured _____
Date _____

Signature of Witness
Name of Witness _____
NRIC No. _____
Date _____

Verification of Proposer's Identification

To be completed by Insurance Agents, Insurance Brokers or Staff of Insurance Companies relating to the Anti-Money Laundering & Terrorism Financing Act 2001.

**ANTI-MONEY LAUNDERING, ANTI-TERRORISM FINANCING AND PROCEEDS OF UNLAWFUL ACTIVITIES ACT 2001
(AMLATFPUAA2001)
(VERIFICATION OF IDENTIFICATION OF PROPOSER)**

Name of Proposer _____
Business Registration No. /NRIC No. _____

In compliance with Section 16(3) of the Anti-Money Laundering, Anti-Terrorism Financing and Proceeds of Unlawful Activities Act 2001 (AMLATFPUAA 2001), I hereby certify that the Applicant's original NRIC No/Business Registration Certificate was verified and authenticated by me at the point of sales.

Third Party Verification

Signature of Insurance Agents, Insurance Brokers or Staff of Insurance Companies Name _____

Date NRIC No. _____

Note: A copy of the Proposer's New NRIC/Business Registration Certification must be submitted together with this proposal if the Premium exceeds RM50,000

Zurich General Insurance Malaysia Berhad (1249516-V)
Level 23A, Mercur 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia
Tel: 03-2109 6000 Fax: 03-2109 6888 Call Centre: 1-300-888-622
www.zurich.com.my



Borang Permohonan untuk Kemasukan Hospital dan Pembedahan Kumpulan (Pengisytiharan Individu Untuk Kumpulan)

NOTIS PENTING

Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggungan, anda mempunyai kewajiban 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 kewajiban 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 tidak tepat atau telah berubah.

CUKAI

Semua premium dan yuran yang tertera dalam dokumen ini mungkin tertakluk kepada cukai atau levi kerajaan yang lain.

NAMA SYARIKAT _____

A. BUTIR-BUTIR PERIBADI ANDA

SILA GUNAKAN HURUF BESAR/TANDAKAN (✓) KOTAK BERKENAAN

GELARAN ENCIK PUAN CIK

NO. AHLI _____ PELAN _____

NAMA AHLI _____

ALAMAT RUMAH _____

BANDAR _____ NEGERI _____ POSKOD _____

NO. TEL. RUMAH _____ PEJABAT _____ TEL.BIMBIT _____

NO. K/P _____ (baru) _____ (lama)

NO. PASPORT _____ PEKERJAAN : _____

ADAKAH ANDA MEROKOK? : Ya Jika Ya, berapa batang rokok sehari _____ batang
 Tidak

TARIKH LAHIR _____ JANTINA L P

WARGANEGARA _____ BERAT _____ kg TINGGI _____ sm

BAHASA PILIHAN Inggeris Melayu Cina Tamil

BANGSA Melayu Cina India Lain-lain

Spesifikasi: _____

B. BUTIR-BUTIR PERIBADI SUAMI/ISTERI ANDA

GELARAN ENCIK PUAN

NAMA SUAMI/ISTERI _____

NO. K/P _____ (baru) _____ (lama)

NO. PASPORT _____

TARIKH LAHIR _____ BERAT _____ kg TINGGI _____ sm

PEKERJAAN _____

ADAKAH ANDA MEROKOK? : Ya Jika Ya, berapa batang rokok sehari _____ batang
 Tidak

C. BUTIR-BUTIR PERIBADI ANAK

NAMA _____ NAMA _____

TARIKH LAHIR _____ TARIKH LAHIR _____

JANTINA L P Umur: _____ JANTINA L P Umur: _____

NO. SIJIL KELAHIRAN _____ NO. SIJIL KELAHIRAN _____

NO. K/P _____ NO. K/P _____

NO. PASPORT _____ NO. PASPORT _____

BERAT _____ kg TINGGI _____ sm BERAT _____ kg TINGGI _____ sm

PEKERJAAN _____ PEKERJAAN _____

NAMA _____ NAMA _____

TARIKH LAHIR _____ TARIKH LAHIR _____

JANTINA L P Umur: _____ JANTINA L P Umur: _____

NO. SIJIL KELAHIRAN _____ NO. SIJIL KELAHIRAN _____

NO. K/P _____ NO. K/P _____

NO. PASPORT _____ NO. PASPORT _____

BERAT _____ kg TINGGI _____ sm BERAT _____ kg TINGGI _____ sm

PEKERJAAN _____ PEKERJAAN _____

PENGISYTIHARAN

No.	Soalan	Ya	Tidak
1	Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan memiliki Insurans Perubatan dengan kami atau syarikat lain?		
2	Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan perlu mengambil alih faedah dari Insurans Perubatan yang lain? Jika "Ya", sila lampirkan salinan Jadual Polisi yang sedia ada.		
3	Pernahkah sebarang permohonan anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan untuk polisi insurans perubatan, penghospitalan atau hayat ditolak, dihadkan atau diubahsuai dari terma asal? Jika "Ya", sila nyatakan sebab dan nama syarikat Insurans. Nama Syarikat Insurans : _____		
4	Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan:		
	a. Mengalami atau mempunyai kecacatan fizikal, lemah atau keadaan kongenital?		
	b. Pernah menjalani pemeriksaan kesihatan, x-ray, imbasan, ujian darah, ujian air kencing, ECG, atau kini dalam pengawasan dan/atau menjalani rawatan atau mengambil ubat-ubatan dalam tempoh dua-belas (12) bulan yang lalu?		
	c. Menerima atau pernah menerima keputusan ujian pemeriksaan darah, air kencing atau pemeriksaan lain yang abnormal dalam tempoh dua-belas (12) bulan yang lalu?		
	d. Menjalani pembedahan atau menderita akibat serangan penyakit, gangguan atau kecederaan dalam tempoh tiga (3) tahun yang lalu yang memerlukan apa-apa jenis perubatan atau pemeriksaan khusus atau perundingan atau kemasukan ke hospital, atau mungkin memerlukan rawatan pada masa hadapan.		
	e. Pernah dinasihatkan oleh doktor/pakar perundingan untuk pembedahan atau perubatan, ujian diagnostik atau penyiasatan termasuk ujian atau rawatan yang masih belum dijalankan?		
	f. Mempunyai pembedahan yang dirancang dalam tempoh enam (6) bulan akan datang?		
5	Pernahkah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan pernah menghidapi atau pernah dirawat, diberitahu oleh atau berjumpa dengan pengamal perubatan untuk:		
	a. Masalah atau penyakit mata, telinga, hidung atau tekak?		
	b. Sawan, epilepsi, pening atau masalah otak, pengsan, sklerosis, penyakit mental atau gangguan saraf, lumpuh, kemurungan, gangguan psikiatri atau psikologi, pitam atau apa-apa jenis yang lain?		
	c. Batuk kronik, batuk berdarah, asma, bronkitis, tibi atau lain-lain penyakit paru-paru atau saluran pernafasan?		
	d. Tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit jantung, sakit dada atau ketidakselesaan atau sesak, serangan jantung, pendek nafas, demam reumatik, anemia atau gangguan pada darah, lain-lain penyakit jantung atau saluran darah atau sebarang bentuk gangguan peredaran darah, palpitasi atau sebarang masalah jantung yang lain?		
	e. Batu karang atau sebarang masalah lain buah pinggang atau sistem pundi kencing, gula, protein atau darah dalam air kencing atau masalah haid?		
	f. Penyakit sendi, cakera tergelincir, penyakit arthritis, gout atau masalah otot dan sendi, masalah tulang belakang atau sakit belakang atau penyakit kulit?		
	g. Gastritis, ulser atau sebarang penyakit perut atau usus yang lain, keadaan prostat, hemoroid atau hernia?		
	h. Kencing manis, masalah kelenjar tiroid?		
	i. Masalah atau penyakit hati, batu pundi hempedu atau sebarang masalah pundi hempedu yang lain, apa-apa jenis hepatitis atau penyakit kuning?		
	j. Tumor, kanser, sista, nodul, polip, pertumbuhan dan ketulan dalam apa jua bentuk termasuk malignan dalam darah/leukemia?		
	k. Vena varikos atau trombosis urat yang mendalam?		
	l. HIV positif, AIDS atau penyakit yang berkaitan dengan penyakit kelamin?		
	m. Sebarang keuzuran, penyakit atau kecederaan yang tidak dinyatakan di atas?		
6	Pemohon perempuan: Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan kini hamil? Jika "Ya", sudah berapa bulan? _____ bulan		
7	Untuk kana-kanak di bawah umur dua (2) tahun: a) Adakah anak ini telah dilahirkan pra-matang atau sebelum cukup waktunya? Jika "Ya", sila nyatakan berat bayi ketika lahir dan tempoh kelahiran awal dalam minggu. Berat Bayi : _____ kilogram Tempoh kelahiran awal : _____ minggu		
8	Adakah di antara ibu bapa atau adik-beradik anda yang mengalami, pernah mengalami atau meninggal dunia disebabkan oleh kanser, kencing manis, darah tinggi, strok, penyakit buah pinggang, sakit jantung, sklerosis berganda, sakit jiwa atau penyakit keturunan atau keadaan berkaitan AIDS?		

9. Jika mana-mana jawapan kepada Soalan 3 hingga 8 di atas adalah " Ya", sila berikan keterangan di bawah dan nomborkan jawapan anda mengikut nombor soalan yang dijawab:

No. Soalan _____

Nama Orang _____

Jenis dan Tarikh Hilang Upaya _____

Status Semasa Hilang Upaya _____

Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan _____

No. Soalan _____

Nama Orang _____

Jenis dan Tarikh Hilang Upaya _____

Status Semasa Hilang Upaya _____

Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan _____

10. Nama dan alamat doktor anda yang biasa dan jika tiada, doktor terakhir yang anda kunjungi serta punca kunjungan anda:

Nama _____

Alamat _____

Punca kunjungan _____

Tarikh kunjungan _____

Tambahan

- Kami mungkin akan bertanya beberapa soalan tambahan jika perlu.
- Soalan-soalan pada borang cadangan dan lain-lain butiran yang diminta secara khusus berkait dengan fakta-fakta yang dianggap penting oleh pihak kami untuk proses pengunderaitan insurans ini. Walau bagaimanapun, disebabkan tiada senarai soalan-soalan yang lengkap, sila pertimbangkan sama ada terdapat apa-apa maklumat penting yang anda ketahui yang dapat mempengaruhi penilaian dan penerimaan risiko.

PENGAKUAN

Saya/Kami faham bahawa menjadi tanggungjawab saya/kami untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata semasa menjawab soalan-soalan dalam borang cadangan ini dan saya/kami dengan ini mengaku bahawa saya/kami telah menjawab dengan sepenuhnya dan dengan tepat soalan di atas.

Saya/Kami menerima bahawa liabiliti Syarikat Insurans tidak akan bermula sehingga permohonan ini diterima dan premium dibayar kepada Syarikat Insurans.

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 mengemukakan 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 foto keizinan ini adalah berkuasa dan sah sepertimana yang asal.

PENGISYTIHARAN

Saya/Kami dengan ini memberikan kebenaran tanpa syarat dan tanpa keraguan kepada pihak syarikat dan syarikat-syarikat bersekutunya untuk memproses data peribadi saya/kami yang didedahkan di sini. Pihak syarikat adalah berkebebasan untuk memproses data berkenaan dan berkongsi maklumat yang didedahkan di sini kepada mana-mana penyedia perkhidmatan dan mana-mana syarikat bersekutunya dengan syarat bahawa pendedahan maklumat peribadi berkenaan adalah bertujuan dan berkaitan dengan insurans yang saya/kami pohon di sini. Kebenaran ini diberikan selaras dengan peruntukan di bawah Akta Perlindungan Data Peribadi 2010

Tandatangan Yang Dicadang Diinsuranskan

Nama Yang Dicadang Diinsuranskan _____

Tarikh _____

Tandatangan Saksi

Nama Saksi _____

No. KP _____

Tarikh _____

Pengesahan Identiti Pencadang Insurans

Untuk dilengkapkan oleh Ejen Insurans, Broker Insurans atau Kakitangan Syarikat Insurans berkaitan dengan Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram dan Pencegahan Pembiayaan Keganasan 2001.

**AKTA PENCEGAHAN PENGUBAHAN WANG HARAM, PENCEGAHAN PEMBIAYAAN KEGANASAN DAN
HASIL DARIPADA AKTIVITI HARAM 2001
(PENGESEHAN IDENTITI PENCADANG INSURANS)**

Nama Pencadang Insurans _____

No. Kad Pengenalan Baru/No. Pendaftaran Perniagaan _____

Selaras dengan pematuhan Seksyen 16(3) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil daripada Aktiviti Haram 2001 (AMLATFPUAA 2001), Saya, dengan ini mengesahkan bahawa Nombor Kad Pengenalan Baru/ Sijil Perniagaan asal pemohon telah disahkan ketulenannya ketika urusan di dijalankan.

Pengesahan Pihak Ketiga

Tandatangan Ejen Insurans, Broker Insurans atau Kakitangan
Syarikat Insurans

Nama

Tarikh

No. Kad Pengenalan Baru

Nota: Salinan Kad Pengenalan Baru/Sijil Pendaftaran Perniagaan Pencadang hendaklah disertakan bersama-sama dengan borang cadangan ini untuk Polisi Insurans Persendirian jika bayaran Premium melebihi RM50,000

