

Borang Cadangan MedicaGen 200

Nota Penting:

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. 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 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 tidak tepat atau s berubah.

Kod Agensi _____

Sila gunakan hurufbesar / tandakan (√) dalam kotak berkenaan

Butir-Butir Peribadi Anda

Gelaran Encik Puan Cik

Nama pemohon / pemilik polisi / pemohon _____

Alamat _____

Bandar _____

Negeri _____ Poskod _____

No. Tel: (Rumah) _____ (Pejabat) _____ (Telefon Bimbit) _____

No K.P. (Lama) _____ (Baru) _____ No. Tel: (Rumah) _____

Tarik Lahir

H	H	B	B	T	T	T	T
---	---	---	---	---	---	---	---

 Jantina Lelaki Perempuan

Warganegara Malaysia Lain-Lain: _____

Bahasa Pilihan Inggeris Melayu Cina Tamil Bangsa Melayu Cina India Lain-Lain

Butir-butir yang dicadangkan diinsuranskan:

Nama _____

Tarikh lahir

H	H	B	B	T	T	T	T
---	---	---	---	---	---	---	---

 Jantina Lelaki Perempuan

No K.P. / No Surat Beranak _____

Tinggi _____ sm (atau) _____ kaki _____ inci Berat _____ kg (atau) _____ lbs

Merokok Ya. Jumlah roko sehari Batang Tidak Pekerjaan _____

Jenis Pekerjaan

Yang diinsuranskan	Sila tandakan (√)
<input type="radio"/>	1. Terlibat dalam pekerjaan profesional, pentadbiran, pengurusan, perkeranian dan bukan buruh.
<input type="radio"/>	2. Terlibat dalam pekerjaan berbentuk penyeliaan namun tidak melibatkan buruh kasar.
<input type="radio"/>	3. Kadangkala atau secara amnya terlibat dalam kerja buruh yang menggunakan alat atau mesin.
<input type="radio"/>	4. Penuntut sepenuh masa / suri rumah / pesara.

Soal Selidik Kesihatan Perubatan

	Ya	Tidak
1 Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan memiliki Insurans Perubatan dengan kami atau syarikat lain?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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 : _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan:		
a. Mengalami atau mempunyai kecacatan fizikal, lemah atau keadaan kongenital?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Pernah menjalani pemeriksaan kesihatan, imbasan x-ray, 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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Menerima atau pernah menerima keputusan ujian pemeriksaan darah, air kencing atau pemeriksaan lain yang abnormal dalam tempoh dua-belas (12) bulan yang lalu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Pernah dinasihatkan oleh doktor/pakar perundingan untuk pembedahan atau perubatan, ujian diagnostik atau penyiasatan termasuk ujian atau rawatan yang masih belum dijalankan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Mempunyai pembedahan yang dirancang dalam tempoh enam (6) bulan akan datang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Batuk kronik, batuk berdarah, asma, bronkitis, tibi atau lain-lain penyakit paru-paru atau saluran pernafasan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Batu karang atau sebarang masalah lain buah pinggang atau sistem pundi kencing, gula, protein atau darah dalam air kencing atau masalah haid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Penyakit sendi, cakera tergelincir, penyakit artiritis, gout atau masalah otot dan sendi, masalah tulang belakang atau sakit belakang atau penyakit kulit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Gastritis, ulser atau sebarang penyakit perut atau usus yang lain, keadaan prostat, hemoroid atau hernia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Kencing manis, masalah kelenjar tiroid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Masalah atau penyakit hati, batu pundi hempedu atau sebarang masalah pundi hempedu yang lain, apa-apa jenis hepatitis atau penyakit kuning?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Tumor, kanser, sista, nodul, polip, pertumbuhan dan ketulan dalam apa jua bentuk termasuk malignan dalam darah/leukemia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Vena varikos atau trombosis urat yang mendalam?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. HIV positif, AIDS atau penyakit yang berkaitan dengan penyakit kelamin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Sebarang keuzuran, penyakit atau kecederaan yang tidak dinyatakan di atas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Pemohon perempuan:		
Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan kini hamil? Jika "Ya", sudah berapa bulan? _____ bulan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Untuk kanak-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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Jika mana-mana jawapan kepada soalan 3 hingga 8 ialah 'YA', sila berikan maklumat dalam kotak di bawah dan nyatakan nombor yang berkaitan dengan jawapan atau tinggalkan kosong jika jawapan ialah "TIDAK".

No. Soalan	Nama	Jenis ketidak-upayaan	Tarikh ketidak-upayaan (HH/BB/TT)	Satus semasa ketidak-upayaan	Nama dan alamat Dr. & klinik atau hospital

10. (a) Doktor yang biasa merawat atau Doktor terakhir yang merawat saya Hospital Pusat Pakar Klinik

(b) Nama Hospital / Pusat Pakar / Klinik

(c) Alamat

_____ No. Tel _____

(d) Tarikh lawatan _____

(e) Punca lawatan Doktor yang biasa merawat atau Doktor terakhir yang merawat

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.

	Umur	No. pelan	Premium (RM)
Yang dicadangkan diinsuranskan			
Cukai (yang mana berkenaan)			
		Duti Setem	10.00
		Jumlah Bayaran Penuh	

Perakuan

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 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.

Saya/Kami mengaku bahawa liabiliti Syarikat Insurans tidak akan bermula sehingga permohonan ini diterima, premium dibayar kepada Syarikat Insurans dan polisi dikeluarkan.

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 pemohon / pemilik polisi / pemohon

Tempat _____

Tarikh

Untuk kegunaan pejabat sahaja

No. Resit Rasmi _____

Jumlah premium: RM _____

Tempoh Perlindungan Dari Hingga

Saya sertakan di sini cek berjumlah RM _____ (No. Cek _____) untuk premium merangkumi Duti Setem yang berbayar kepada Zurich General Insurance Malaysia Berhad.

ATAU

Sila caj RM _____ kepada MasterCard Visa

Nombor Akaun Kad Kredit - - -

Tarikh Tamat Tempoh Kad /

** Tandatangan pemohon

Tarikh

** Jika menggunakan Kad Kredit, Pemohon mesti merupakan Ahli Kad dan tandatangan dibuat mengikut Akaun Kad

Maklumat penting berkenaan pembelian insurans perubatan dan kesihatan (IPK)

Anda dinasihatkan membaca keseluruhan senarai semakan ini yang mana akan memberikan anda penerangan mengenai ciri-ciri penting polisi IPK supaya anda mendapat maklumat dan boleh membuat keputusan sebelum membeli polisi. Jika anda ragu-ragu atau terdapat maklumat yang tidak jelas, anda dinasihatkan nmendapatkan pengesahan lanjut daripada wakil insurans anda atau menghubungi talian bebas tol 1-300-888-622.

Anda perlu berpuashati bahawa polisi IPK yang anda ingin beli adalah memenuhi keperluan anda dan premium yang perlu dibayar di bawah polisi ini adalah jumlah yang mampu anda bayar.

Sila tandakan (√)

- A) Faedah yang terkandung di dalam polisi.
- B) Kelebihan perubatan atau pengecualian teknikal atau sekatan yang dikenakan.
- C) Had Faedah (contoh: % kos yang dilindungi oleh polisi, bayaran bagi pihak, siling kepada jumlah kos tuntutan, jumlah yang ditolak) dan sebagainya.
- D) Kebiasaan dan sejauh mana hak penginsurans untuk meneliti dan meminda premium yang dibayar dan notis yang perlu diberikan oleh penginsurans.
- E) Tempoh Menunggu, Penyakit yang Dinyatakan dan tempoh kelayakan berkaitan.
- F) Klausula lazim dan berpatutan.
- G) Jumlah premium perlu dibayar dan tempoh pembayaran.
- H) Implikasi kerana menukar polisi dari satu penginsurans kepada yang lain atau menukar dari satu pelan insurans kepada pelan yang lain akan mengakibatkan Tempoh Menunggu dan Penyakit yang dinyatakan akan bermula dari awal sekali lagi atau berlaku borang permohonan anda tidak diterima.
- I) Penginsurans berhak menolak liabiliti tersabit kegagalan saya mengemukakan maklumat penting dalam borang permohonan yang mungkin mempengaruhi keputusan penginsurans samada untuk menerima atau menolak permohonan saya, dan juga berkaitan dengan premium dan syarat-syarat ke atas kepada pemilik polisi.
- J) Tempoh pemerhatian 15 hari akan diberikan kepada saya untuk meneliti kesesuaian polisi yang baru dibeli. Sekiranya saya akan memulangkan semula polisi kepada penginsurans dalam tempoh ini, premium akan dikembalikan selepas ditolak semua perbelanjaan sekiranya ada.
- K) Terma dan syarat-syarat terdapat di dalam polisi asal akan dihantar kepada saya setelah penginsurans telah mengunderait dan meluluskan permohonan saya.
- L) Rujukan kepada asas polisi IPK boleh didapati dari buku Pengenalan kepada Produk Insurans Perubatan dan Kesihatan yang diterbitkan oleh Bank Negara Malaysia.

Lembaran maklumat ringkas

Nota: Lembaran maklumat ini memberikan ringkasan ciri-ciri utama polisi di atas untuk tujuan ilustrasi dan tidak membentuk satu kontrak insurans. Pemilik polisi dinasihatkan supaya merujuk kepada dokumen polisi untuk mendapatkan butir-butir penuh syarat dan peraturan polisi, termasuk yang dinyatakan di bawah:

(A) Syarat pengeluaran*

- 1) Ini adalah Polisi Hospital & Pembedahan (H & P) sehingga umur 75 tahun. Ia adalah Polisi Boleh Diperbaharui Bersyarat yang bermakna ia boleh diperbaharui atas pilihan pemegang polisi sehingga berlaku mana-mana kejadian berikut:
 - (a) premium tidak dibayar atau bayaran premium tidak dibuat pada masa yang ditetapkan
 - (b) penipuan atau kesilapan menyatakan fakta-fakta penting semasa membuat permohonan
 - (c) polisi dibatalkan atas permintaan pemegang polisi
 - (d) jumlah tuntutan polisi telah mencecah had sepanjang hayat yang ditetapkan dan/atau kematian orang yang diinsuranskan
 - (e) orang yang diinsuranskan mencapai had usia perlindungan yang ditetapkan
 - (f) Penamatan perlindungan bagi semua polisi di pasaran tertentu dan Syarikat menarik balik polisi ini sepenuhnya daripada pasaran menurut Syarat Penarikan Balik Portfolio
 - (g) Orang Yang Diinsuranskan terlibat dalam kelas pekerjaan yang tidak boleh diinsuranskan di bawah Polisi ini.

Premium pembaharuan yang perlu dibayar untuk Polisi H & P tidak dijamin:

- a) Syarikat boleh menyemak semula premium pada masa pembaharuan menurut penilaian risiko Syarikat dan ia berkuat kuasa ke atas semua pemegang polisi MedicaGen 200.
 - b) Kadar premium adalah berasaskan kumpulan umur (Umur 1-18; 19-35; 36-45; 46-50; 51-55; 56-60; 61-65; 66-70; 71-75) dan perlu dibayar menurut usia yang dicapai oleh pemegang polisi pada setiap ulang tahun Polisi.
 - c) Premium akan dilaraskan jika pekerjaan orang yang diinsuranskan bertukar daripada Kelas 1 atau 2 kepada Kelas 3.
- 2) Bayaran Bersama & /Potongan boleh dikenakan oleh Syarikat Insurans, bergantung kepada pertimbangan taja jamin. Sungguhpun Bayaran Bersama & /Potongan dikenakan, pemegang polisi hanya akan bertanggungjawab membayar sehingga jumlah RM3,000.

Walaupun sedemikian, sekiranya orang yang diinsuranskan menggunakan kadar Bilik & Makanan yang melebihi kadar yang layak diterima, maka beliau akan turut tertakluk kepada Fasal Bayaran Bersama 20% Bilik & Makanan Dinaik Taraf.

- 3) Jika cadangan /perisytiharan pemegang polisi adalah tidak benar atau tidak dinyatakan dengan betul / disalah nyata dalam sebarang cara, maka polisi adalah tidak sah.
- 4) Tempoh Bertenang boleh dikuatkuasakan jika Polisi ini telah dikeluarkan dan atas sebarang sebab Orang Yang Diinsuranskan membuat keputusan untuk tidak mengambil Polisi, maka Orang Yang Diinsuranskan boleh memulangkan Polisi kepada Syarikat untuk pembatalan dengan syarat permintaan untuk pembatalan sedemikian diserahkan oleh Orang Yang Diinsuranskan kepada Syarikat dalam masa lima belas (15) hari dari tarikh penyerahan Polisi. Orang Yang Diinsuranskan berhak untuk mendapatkan bayaran balik premium penuh yang dibayar selepas ditolak perbelanjaan perubatan yang ditanggung oleh Syarikat dalam urusan pengeluaran Polisi.

(B) Beberapa Had Manfaat Utama*

Polisi ini TIDAK melindungi:

- 1) Semua Penyakit yang Sedia Ada
- 2) Semua Penyakit yang Dinyatakan (120 hari sahaja):
Hipertensi, Diabetes Mellitus, Penyakit Kardiovaskular, semua Tumor, Kanser, Sista, Nodul, Polip, Batu dalam sistem kencing dan sistem biliari, semua penyakit Telinga, Hidung (termasuk sinus) dan Tekak, Hernia, Hemoroid, Fistula, Hidrosel, Varikosele, Endometriosis termasuk penyakit sistem pembiakan, gangguan Spina Vertebro (termasuk diska) dan penyakit Lutut.
- 3) Penyakit yang mula dihidapi dalam Tempoh Menunggu tiga puluh (30) hari kecuali kecederaan akibat kemalangan
- 4) Kehamilan, kemandulan dan segala komplikasi yang ditimbulkan
- 5) Pemeriksaan fizikal biasa, pemeriksaan perubatan, masalah Pergigian, Pembedahan Plastik/Kosmetik
- 6) Keadaan Kongenital, Berkhatan, derma Organ
- 7) Salah Guna Dadah dan Alkohol, Bunuh Diri, Percubaan Membunuh Diri, masalah Psikiatrik
- 8) HIV, AIDS atau sebarang keadaan berkaitan HIV/AIDS, Penyakit-penyakit Berjangkit Melalui Hubungan Kelamin
- 9) Masalah tidur, rawatan penggantian Hormon, rawatan Alternatif
- 10) Sukan berbahaya, penerbangan persendirian
- 11) Sebarang percubaan melanggar undang-undang atau menentang tangkapan di bawah undang-undang
- 12) Penyertaan dalam rusuhan atau tugas aktif dalam Angkatan Bersenjata
- 13) Mana-mana orang yang menetap di luar Malaysia selama lebih daripada 90 hari berturut-turut semasa polisi berkuatkuasa

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

Maklumat penting di atas mengenai ciri-ciri utama polisi telah diterangkan dengan jelas kepada saya.

Nama Pencadang/Orang Yang Dicadang Diinsuranskan / Pemohon _____

No. K.P. _____

Tandatangan

Tarikh

H	H	B	B	T	T	T	T
---	---	---	---	---	---	---	---

* Di mana wajar, rujukan silang boleh dibuat kepada fasal-fasal berkaitan dalam kontrak polisi contoh.

Jadual manfaat

Pelan	Pelan 1	Pelan 2	Pelan 3	Pelan 4
Faedah	RM			
Had Tahunan Keseluruhan	35,000	50,000	70,000	120,000
Had Sepanjang Hayat – Semasa dua (2) tahun pertama polisi	35,000	50,000	70,000	120,000
Had Sepanjang Hayat – Selepas itu, asalkan orang yang diinsuranskan bebas daripada tuntutan bagi dua (2) tahun polisi terdahulu	105,000	150,000	210,000	360,000
	Maksimum setiap ketidakupayaan			
Faedah hospital				
Bilik Hospital & Makan (maks. 365 hari setiap tahun)	110	160	210	360
Unit Rawatan Rapi (maks. 60 hari setiap tahun) Bekalan & Khidmat Hospital Bayaran Pembedahan Bayaran Pakar Bius Bilik Bedahan Ujian Diagnostik PraHospital (dalam masa 60 hari sebelum kemasukan) Rundingan Pakar PraHospital (dalam masa 60 hari sebelum kemasukan) Lawatan Pakar Perubatan dalam Hospital Harian (maks. 365 hari setiap tahun) Rawatan selepas penghospitalan (dalam masa 31 hari dari tarikh keluar)	Bayaran yang dikenakan			
Faedah pesakit luar				
Kecemasan Pesakit Luar bagi Kemalangan (dalam masa 24 jam dan rawatan susulan sehingga maks. 31 hari) Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar (dalam masa 90 hari dari tarikh keluar hospital / pembedahan)	Bayaran yang dikenakan			
Bayaran Ambulans	350	500	700	1,200
Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar (maks. 365 hari setiap tahun)	11,000	16,000	21,000	36,000
Rawatan Kanser Pesakit Luar (setiap tahun)	22,000	32,000	42,000	72,000
Lain-lain faedah				
Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan (maks. 365 hari setiap tahun)	100	100	100	100
Penjagaan pesakit di rumah (tahunan)	1,500	1,500	1,500	1,500
Manfaat Penjaga Harian Bagi Kanak-Kanak Yang Diinsuranskan (maks. bagi setiap hilang upaya)	200	250	300	400
Yuran Laporan Perubatan	80	80	100	100
Cukai Ke Atas Perbelanjaan Yang Layak	Bayaran yang dikenakan			
Kemalangan peribadi pada usia 75 tahun				
Kematian Akibat Kemalangan & Kehilangan Anggota Badan	50,000	50,000	50,000	50,000

**Jadual premium
(Kelas 1 & 2)**

**Lingkungan Usia
(Usia Hari Lahir Berikut)**

	Premium Tahunan Termasuk Cukai (RM)*							
	Premium oleh individu				Premium oleh bukan individu			
	Pelan 1	Pelan 2	Pelan 3	Pelan 4	Pelan 1	Pelan 2	Pelan 3	Pelan 4
1-18 tahun	415.02	458.02	496.02	731.02	438.84	484.42	524.70	773.80
19-35 tahun	429.02	506.02	568.02	816.02	453.68	535.30	601.02	863.90
36-45 tahun	594.02	686.02	776.02	1,092.02	628.58	726.10	821.50	1,156.46
46-50 tahun	866.02	1,016.02	1,248.02	1,809.02	916.90	1,075.90	1,321.82	1,916.48
51-55 tahun	1,071.02	1,351.02	1,672.02	2,646.02	1,134.20	1,431.00	1,771.26	2,803.70
56-60 tahun	1,418.02	1,805.02	2,243.02	3,244.02	1,502.02	1,912.24	2,376.52	3,437.58
61-65 tahun (Pembaharuan Sahaja)	1,773.02	2,267.02	2,823.02	4,206.02	1,878.32	2,401.96	2,991.32	4,457.30
66-70 tahun (Pembaharuan Sahaja)	2,320.02	2,961.02	3,681.02	5,080.02	2,458.14	3,137.60	3,900.80	5,383.74
71-75 tahun (Pembaharuan Sahaja)	2,669.02	3,406.02	4,233.02	5,843.02	2,828.08	3,609.30	4,485.92	6,192.52

Nota: (i) Kelas 3 mempunyai tambahan sebanyak 30% ke atas jumlah premium keseluruhan
(ii) Premium adalah tertakluk kepada Cukai (yang mana berkenaan) dan Duti Setem RM10

NOTIS PENTING

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

Pengisytiharan oleh ejen

Saya mengisytiharkan dan mengesahkan bahawa:

- (a) Semua keterangan yang terkandung di dalam permohonan ini merupakan maklumat yang diberikan kepada saya oleh pemohon dan/atau hayat yang akan diinsuranskan, dan saya tidak menyimpan sebarang maklumat yang mungkin boleh mempengaruhi penerimaan bagi permohonan ini.
- (b) Saya tidak memberikan sebarang kenyataan kepada pemohon dan/atau hayat yang akan diinsuranskan sebagaimana terkandung di dalam peruntukan polisi standard Syarikat.
- (c) Saya telah melihat salinan asal Kad Pengenalan dan mengesahkan identiti pemohon melalui penggunaan Kad Pengenalan untuk lain-lain dokumen.

Tandatangan Ejen

Tempat

Tarikh

H	H	B	B	T	T	T	T
---	---	---	---	---	---	---	---

Nama ejen (Huruf Besar) _____

Tarikh diterima di Pejabat Cawangan _____ Tarikh diterima di Ibu Pejabat _____

Pemberitahuan Khas: 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 kad kebenaran.

Borang penamaan

No. Polisi _____

Saya dengan ini menamakan yang berikut sebagai penama-penama bagi polisi insurans di atas dan membatalkan semua penama semasa (jika ada) yang dinamakan sebelum ini (jika tiada pemegang amanah dilantik)

1. Nama Penuh			No. K.P.
% Perkongsian	Tarikh Lahir	Hubungan	Alamat

2. Nama Penuh			No. K.P.
% Perkongsian	Tarikh Lahir	Hubungan	Alamat

3. Nama Penuh			No. K.P.
% Perkongsian	Tarikh Lahir	Hubungan	Alamat

4. Nama Penuh			No. K.P.
% Perkongsian	Tarikh Lahir	Hubungan	Alamat

Tarikh

H	H	B	B	T	T	T	T
---	---	---	---	---	---	---	---

Tandatangan Saksi

Tandatangan Pemohon

Nama _____

Nama _____

No. K.P _____

No. K.P _____

Alamat _____

Alamat _____

Jika anda mahukan penama yang dinamakan di sini menikmati faedah polisi sebagai penerima faedah dan bukan sebagai pelaksana polisi, anda mesti menyerahkan hak faedah polisi kepada penama berkenaan melalui Borang Penyerahan Hak Bersyarat

Nota:

- 1) Saksi hendaklah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun dan tidak pernah dinamakan sebagai penama.
- 2) Penama bagi pemilik polisi beragama Islam apabila menerima duti polisi, hendaklah mengagihkan duit polisi mengikut Undang-undang Islam.
- 3) Mengikut Seksyen 166(1) Akta Insurans 1996, suatu amanah terbentuk secara automatik jika penama merupakan:
 - i) suami / isteri ;
 - ii) anak, atau
 - iii) ibu bapa yang dinamakan apabila tiada suami/isteri atau anak yang hidup ketika penamaan dibuat

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 pamatan 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 urusniaga dijalankan.

Pengesahan Pihak Ketiga

Tandatangan Ejen Insurans, Broker Insurans atau Kakitangan Syarikat Insurans

Nama _____

No. Kad Pengenalan Baru _____

Tarikh

H	H	B	B	T	T	T	T
---	---	---	---	---	---	---	---

Nota: Salinan Kad Pengenalan Baru/Sijil Pendaftaran Perniagaan pencadang hendaklah disertakan bersama-sama dengan borang cadangan ini untuk Polisi Persendirian jika bayaran premium melebihi RM50,000.00

Zurich General Insurance Malaysia Berhad (1249516-V)
Tingkat 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia
Tel: 03-2109 6000 Faks: 03-2109 6888 Pusat Panggilan: 1-300-888-622
www.zurich.com.my

