

Borang Cadangan MediLove

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 kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan (atau semasa memohon insurans 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 di atas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

Sebagai tambahan kepada soalan-soalan dalam Borang Cadangan (atau semasa memohon insurans 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 tidak tepat atau sudah berubah.

Kod Agensi: _____

Sila gunakan huruf besar / tanda (√) di kotak yang sesuai

1. Butiran Peribadi Anda:

Gelaran ENCIK PUAN CIK

Nama Pemohon / Pencadang: _____

Alamat Surat-Menyurat : _____

_____ Bandar _____ Poskod _____

No Tel (Rumah) : _____ (T/B) _____

No KP / No Pasport : _____ No KP Lama (jika berkenaan) _____

Tarikh Lahir

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

 Jantina Lelaki Perempuan

Kewarganegaraan Malaysia Lain-lain _____

Bangsa Melayu Cina India Lain-lain

Bahasa Pilihan Inggeris Melayu Cina Tamil

2. Butiran Orang Diinsuranskan Yang Dicadangkan:

Name _____

Tarikh Lahir _____ No KP / No Pasport _____

Jantina Lelaki Perempuan Berat _____ kg Tinggi _____ cm

Perokok Tidak Ya _____ (Nerapa batang sehari)

Pekerjaan _____ Hubungan dengan Pemohon _____

Ciri Pekerjaan

- Orang yang terlibat dalam kerja profesional, pentadbiran, pengurusan dan bukan buruh kasar.
- Orang yang terlibat dalam kerja penyeliaan tetapi tidak terlibat dalam buruh kasar
- Orang yang terlibat sama ada sekali-sekala atau lazimnya dalam kerja buruh kasar yang biasanya melibatkan penggunaan alat atau mesin
- Pelajar sepenuh masa / suri rumah / pesara

3. Soal Selidik Kesihatan Perubatan

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?		

No.	Soalan	Ya	Tidak
	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 ialah 'YA', sila berikan maklumat dalam kotak di bawah dan nyatakan nombor soalan yang berkaitan dengan jawapan atau tinggalkan kosong jika jawapan ialah "TIDAK".

No. Soalan
Nama Orang
Jenis dan Tarikh Ketidakupayaan
Status Ketidakupayaan Semasa
Nama dan Alamat Hospital / Klinik dan Doktor

No. Soalan
Nama Orang
Jenis dan Tarikh Ketidakupayaan
Status Ketidakupayaan Semasa
Nama dan Alamat Hospital / Klinik dan Doktor

No. Soalan
Nama Orang
Jenis dan Tarikh Ketidakupayaan
Status Ketidakupayaan Semasa
Nama dan Alamat Hospital / Klinik dan Doktor

10. a. Kunjungan ke Doktor biasa saya atau Doktor terakhir yang dikunjungi

Hospital Pusat Pakar Klinik

b. Nama Hospital / Pusat Pakar / Klinik _____

c. Alamat _____

_____ Tel _____

d. Tarikh Rawatan _____

e. Sebab mengunjungi Doktor biasa atau Doktor terakhir yang dikunjungi.

Tambahan

- Kami mungkin akan bertanyakan 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.

Orang Diinsuranskan Cadangan : Usia (Hari Jadi Akan Datang)	
No. Pelan	

Premium	RM
Cukai (yang mana berkenaan)	RM
Duti Setem	RM 10.00
Jumlah Perlu Dibayar	RM

*Premium adalah tertakluk kepada tambahan Duti Setem RM 10 dan Cukai (yang mana berkenaan).

NOTIS PENTING

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

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 dengan ini mengizinkan mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik atau sesiapa yang merawat saya/kami atas sebarang sebab untuk mendedahkan kepada Syarikat Insurans apa saja dan semua maklumat berkenaan dengan penyakit atau kecederaan saya/kami serta menyerahkan salinan semua rekod/sijil hospital atau perubatan, termasuk riwayat perubatan saya/kami. Salinan surat kebenaran ini akan dianggap berkesan dan sah seperti mana dengan yang aslinya.

Saya/Kami mengakui bahawa liabiliti Syarikat Insurans tidak akan bermula sehingga cadangan ini diluluskan, premium dibayar kepada Syarikat Insurans dan polisi dikeluarkan.

PENGISTIHARAN OLEH PENCADANG

Saya/Kami dengan ini memberikan keizinan saya/kami yang tanpa syarat dan jelas kepada anda dan semua syarikat berkaitan dengan anda untuk memproses data peribadi saya/kami yang didedahkan bersama. Anda mempunyai kebebasan untuk memproses and berkongsi maklumat yang didedahkan bersama dengan mana-mana penyedia perkhidmatan anda dan syarikat berkaitan dengan anda jika pendedahan data peribadi saya/kami adalah tegas bagi tujuan-tujuan yang berkaitan dengan permohonan insurans saya/kami. Persetujuan yang diberikan bersama adalah sejajar dengan keperluan dikemukakan dalam Akta Perlindungan Data Peribadi 2010.

Tandatangan Orang Diinsuranskan Yang Dicadangkan
Tarikh (HH/BB/TTTT): _____
Tempat: _____

Tandatangan Pemohon / Pencadang
Tarikh (HH/BB/TTTT): _____
Tempat: _____

PEMBAYARAN MENERUSI KAD KREDIT

Saya dengan ini menyertakan cek bernilai RM _____ (No. Cek _____) untuk premium merangkumi Duti Setem yang perlu dibayar kepada Zurich General Insurance Malaysia Berhad

ATAU

Sila cajkan RM _____ kepada Master Card Visa

Nombor Akaun Kad Kredit :

- - -

Tarikh Luput Kad -

Tandatangan Pemegang Kad Kredit
Tarikh(HH/BB/TTTT): _____

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA

No Resit Rasmi : _____

Jumlah Premium : RM _____

Tempoh Perlindungan: _____ hingga _____
(HH/BB/TT) (HH/BB/TTTT) (HH/BB/TTTT)

MAKLUMAT PENTING TENTANG PEMBELIAN INSURANS PERUBATAN / KESIHATAN (IPK)

SENARAI SEMAK

Penanggung insurans/perantara telah menjelaskan kepada saya ciri-ciri penting berikut yang terkandung dalam dokumen polisi bagi polisi IPK yang dibeli:

1. Manfaat yang terkandung di dalam polisi.
2. Pengecualian perubatan atau teknikal yang ketara atau sekatan yang ada.
3. Had manfaat (contohnya % kos yang ditanggung oleh polisi, pembayaran bersama, had jumlah kos tuntutan, jumlah boleh ditolak), dll.
4. Kebiasaan dan batas hak penanggung insurans untuk meneliti dan meminda premium yang perlu dibayar, dan notis yang diberikan oleh penanggung insurans sekiranya perubahan dibuat.
5. Keadaan sedia ada, penyakit Khusus dan tempoh kelayakan dan tempoh berkenaan yang berkuat kuasa.
6. Fasal wajar dan lazim.
7. Jumlah premium yang perlu dibayar dan tempoh pembayaran.
8. Bagi polisi yang diperbaharui setiap tahun, samaada pembaharuan polisi terjamin.
9. Keadaan yang boleh menyebabkan senario berikut bagi pembaharuan polisi:
 - Polisi diperbaharui dengan penambahan premium.
 - Polisi diperbaharui dengan pengecualian, jumlah lebihan dll.
 - Polisi tidak diperbaharui
10. Implikasi akibat menukar polisi daripada satu penanggung insurans kepada yang lain atau penukaran daripada satu pelan insurans kepada yang lain yang akan mengakibatkan Tempoh Menunggu, Penyakit Khusus dan Keadaan Sedia Wujud untuk dimulakan sekali lagi atau menyebabkan permohonan anda tidak diterima.
11. Hak penanggung insurans untuk menolak liabiliti sekiranya saya gagal untuk mendedahkan maklumat berkenaan dalam borang cadangan yang akan mempengaruhi keputusan penanggung insurans untuk menerima atau menolak permohonan, dan premium dan terma yang dikenakan kepada pemilik polisi.
12. Tempoh "bertenang" selama 15 hari akan diberikan kepada saya untuk mengkaji kesesuaian polisi yang baru dibeli. Jika saya memulangkan polisi kepada penanggung insurans dalam tempoh ini, premium akan dikembalikan selepas ditolak semua perbelanjaan, jika ada.
13. Terma dan syarat-syarat yang terdapat dalam polisi asal akan dihantar kepada saya selepas penanggung insurans telah menaja jamin dan meluluskan permohonan saya.
14. Rujukan mengenai perkara asas dalam polisi IPK boleh didapati daripada risalah "Pengenalan kepada Produk Insurans Perubatan dan Kesihatan" yang dikeluarkan oleh Bank Negara Malaysia.

Tandatangan Pencadang / Pemohon

Nama: _____

No. K/P: _____

Tarikh (HH/BB/TTTT): _____

Tandatangan Perantara (Ejen)

Nama: _____

No. K/P: _____

Tarikh (HH/BB/TTTT): _____

LEMBARAN RINGKASAN MAKLUMAT

Perhatian: Lembaran maklumat ini memberikan ringkasan ciri-ciri utama produk di atas untuk tujuan ilustrasi dan tidak membentuk kontrak insurans. Pemegang polisi dinasihatkan supaya merujuk kepada dokumen polisi untuk mendapat buti-butir penuh berkenaan dengan terma-terma dan syarat-syarat produk, termasuk yang dinyatakan di bawah.

(A) Syarat Pengeluaran

1. Polisi ini merupakan Polisi Hospital & Pembedahan (H&S) sehingga usia 70 tahun.
Polisi ini ialah Polisi Boleh Diperbaharui secara tahunan, yang bermakna polisi ini boleh diperbaharui atas pilihan Syarikat. Polisi ini akan berkuat kuasa mulai tarikh yang dinyatakan dalam Jadual Polisi. Ulang Tahun polisi ialah satu tahun dari tarikh kuat kuasa dan secara tahunan selepas itu. Pada setiap ulang tahun berkenaan, polisi ini boleh diperbaharui pada kadar premium yang berkuat kuasa pada masa berkenaan seperti yang dimaklumkan oleh Syarikat. Permohonan bagi penukaran kepada pelan yang berfaedah lebih tinggi hanya boleh dibuat semasa pembaharuan dan tertakluk kepada penerimaan Syarikat semasa pembaharuan.

Premium pembaharuan yang perlu dibayar untuk Polisi H&S adalah tidak dijamin;

- (a) Syarikat boleh menyemak semula premium pada masa pembaharuan berasaskan penilaian risiko Syarikat.
 - (b) Kadar premium adalah berasaskan julat usia dan perlu dibayar menurut usia yang dicapai oleh pemegang insurans pada setiap tarikh ulang tahun Polisi.
2. Jika Orang Diinsuranskan dimasukkan ke Hospital pada kadar Bilik & Makanan yang lebih tinggi daripada kadar yang layak diterima, Orang Diinsuranskan perlu menanggung 20% daripada manfaat-manfaat lain yang anda layak yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.
 3. Jika cadangan / perakuan pemegang polisi adalah tidak benar atau mengandungi pernyataan salah / disalah nyata dalam segala hal, maka polisi ini akan dibatalkan.
 4. Tempoh Bertenang boleh dikuatkuasakan jika Polisi ini telah dikeluarkan dan atas apa jua sebab, Pemegang Polisi membuat keputusan untuk tidak melanggan Polisi, Pemegang Insurans boleh memulangkan Polisi kepada Syarikat untuk dibatalkan selagi permintaan untuk pembatalan tersebut disampaikan oleh Pemegang Insurans kepada Syarikat dalam masa lima belas (15) hari dari tarikh penghantaran Polisi. Pemegang Polisi layak menerima premium penuh yang telah dibayar, ditolak potongan bagi belanja perubatan yang ditanggung oleh Syarikat untuk mengeluarkan Polisi ini.

(B) Jadual Manfaat dan Kadar Premium Indikatif

Pelan	Pelan 1 (RM)	Pelan 2 (RM)	Pelan 3 (RM)	Pelan 4 (RM)	Pelan 5 (RM)	Pelan 6 (RM)
Had Keseluruhan Tahunan	10,000	20,000	30,000	50,000	100,000	150,000
	(Maksimum Setiap Ketidakupayaan)					
MANFAAT HOSPITAL						
Bilik dan Makanan Hospital Harian (Maks. 200 Hari)	60	80	120	200	350	450
Unit Rawatan Rapi (Maks. 90 hari)	120	160	250	400	500	600
Bekalan dan Perkhidmatan Hospital	** Mengikut Caj Yang Dikenakan** (Tertakluk kepada Caj Munasabah & Lazim)					
Bilik Pembedahan	** Mengikut Caj Yang Dikenakan** (Tertakluk kepada Caj Munasabah & Lazim)					
MANFAAT PEMBEDAHAN						
Belanja pembedahan terdiri daripada yang berikut kecuali pemindahan organ: Ujian Diagnostik Pra-Pembedahan (dalam masa 60 hari sebelum kemasukan) Rundingan Pakar Pra-Pembedahan (dalam masa 60 hari sebelum kemasukan) Yuran Pembedahan Yuran Pakar Bius	** Mengikut Caj Yang Dikenakan** (Tertakluk kepada Caj Munasabah & Lazim)					
MANFAAT PERUBATAN						
Perbelanjaan perubatan bagi rawatan bukan pembedahan, termasuk : Ujian Diagnostik Pra-Hospital (dalam masa 60 hari sebelum kemasukan) Rundingan Pakar Pra-Hospital (dalam masa 60 hari sebelum kemasukan) Lawatan Pakar Dalam Hospital (Maks. 60 hari) Rawatan Selepas Penghospitalan (dalam masa 31 hari dari tarikh keluar hospital)	** Mengikut Caj Yang Dikenakan** (Tertakluk kepada Caj Munasabah & Lazim)					
MANFAAT PESAKIT LUAR						
Rawatan kecemasan pesakit luar akibat kemalangan (dalam 24 jam dan rawatan susulan sehingga Maks. 31 hari) Rawatan Fisioterapi Pesakit Luar (dalam masa 90 hari dari tarikh keluar hospital / pembedahan) Yuran Ambulans Dialisis Buah Pinggang & Rawatan Kanser Pesakit Luar Bulanan	** Mengikut Caj Yang Dikenakan** (Tertakluk kepada Caj Munasabah & Lazim)					
	200	250	300	500	700	1,000
	1,000	2,000	3,500	4,000	5,000	6,000
PEMINDAHAN ORGAN						
Jantung, Buah Pinggang, Paru-Paru, Hati, Sumsum Tulang	5,000	12,500	20,000	30,000	50,000	60,000
MANFAAT - MANFAAT LAIN						
Elaun Tunai Harian di Hospital Kerajaan (Maks.200 hari setahun)	25	35	45	50	55	60
Manfaat Penjaga Harian Bagi Kanak-Kanak Yang Diinsuranskan (Maks. 60 hari)	25	50	75	100	175	200
Cukai Ke Atas Perbelanjaan Yang Layak	** Mengikut Caj Yang Dikenakan**					

Premium Tahunan

Lingkungan Usia (Usia Hari Lahir Berikut)

30 hari - 17 tahun
18 – 35 tahun
36 – 45 tahun
46 – 55 tahun
56 – 60 tahun
#61 - 65 tahun (pembaharuan sahaja)
#66 – 70 tahun (Pembaharuan sahaja)

Premium Tahunan Termasuk Cukai (RM)*					
Premium oleh individu					
Pelan 1	Pelan 2	Pelan 3	Pelan 4	Pelan 5	Pelan 6
327.02	382.02	450.02	546.02	674.02	833.02
352.02	446.02	525.02	637.02	786.02	897.02
502.02	637.02	750.02	909.02	1,123.02	1,281.02
778.02	986.02	1,161.02	1,409.02	1,739.02	1,986.02
1,153.02	1,463.02	1,723.02	2,090.02	2,581.02	2,946.02
1,604.02	2,035.02	2,396.02	2,908.02	3,590.02	4,098.02
2,156.02	2,735.02	3,220.02	3,907.02	4,824.02	5,507.02

Lingkungan Usia (Usia Hari Lahir Berikut)

30 hari - 17 tahun
18 – 35 tahun
36 – 45 tahun
46 – 55 tahun
56 – 60 tahun
#61 – 65 tahun (Pembaharuan sahaja)
#66 – 70 tahun (Pembaharuan sahaja)

Premium Tahunan Termasuk Cukai (RM)*					
Premium oleh bukan individu					
Pelan 1	Pelan 2	Pelan 3	Pelan 4	Pelan 5	Pelan 6
345.56	403.86	475.94	577.70	713.38	881.92
372.06	471.70	555.44	674.16	832.10	949.76
531.06	674.16	793.94	962.48	1,189.32	1,356.80
823.62	1,044.10	1,229.60	1,492.48	1,842.28	2,104.10
1,221.12	1,549.72	1,825.32	2,214.34	2,734.80	3,121.70
1,699.18	2,156.04	2,538.70	3,081.42	3,804.34	4,342.82
2,284.30	2,898.04	3,412.14	4,140.36	5,112.38	5,836.36

Produk ini TIDAK melindungi:

- Semua Penyakit Sedia Ada
- Semua Penyakit Khusus (120 hari sahaja)
Hipertensi, Diabetes Melitus, penyakit Kardiovaskular, Tumor, Kanser, Sista, Nodul, Polip, Batu Karang dalam saluran kencing dan biliari, masalah Telinga, Hidung (termasuk sinus) dan Kerongkong, Hernia, Buasir, Fistula, Hidrosel, Varikosele, Endometriosis termasuk penyakit sistem Reproduksi, masalah Vertebro-spina (termasuk cakera) dan masalah Lutut.
- Penyakit yang mula dihidapi dalam Tempoh Menunggu tiga puluh (30) hari kecuali kecederaan akibat kemalangan
- Kehamilan, kemandulan dan segala komplikasi yang ditimbulkan
- Pemeriksaan fizikal biasa, pemeriksaan perubatan, masalah pergigian, pembedahan plastik / kosmetik
- Keadaan Kongenital, Berkhatan, derma Organ
- Salah Guna Dadah dan Alkohol, Bunuh Diri, Percubaan Membunuh Diri, masalah Psikiatrik
- HIV, AIDS atau sebarang penyakit berkaitan HIV/AIDS, Penyakit Berjangkit Melalui Hubungan Seks
- Masalah tidur, rawatan penggantian Hormon, rawatan Alternatif
- Sukan berbahaya, penerbangan persendirian
- Sebarang percubaan melanggar undang-undang atau menentang tangkapan di bawah undang-undang
- Penyertaan dalam rusuhan atau tugas aktif dalam Angkatan Bersenjata
- Mana-mana orang yang menetap di luar Malaysia selama lebih daripada 90 hari berturut-turut semasa polisi berkuatkuasa

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 pmatuhan 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 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

MUKA SURAT INI SENGAJA DIBIARKAN KOSONG

