

INSURANS HOSPITAL & PEMBEDAHAN	 PROGRESSIVE INSURANCE BHD (19002-P)	BORANG PERMOHONAN INDIVIDU
HOSPITAL & SURGICAL INSURANCE		INDIVIDUAL PROPOSAL FORM

BORANG PERMOHONAN INDIVIDU & KELUARGA / INDIVIDUAL & FAMILY APPLICATION

Nota Penting: Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 (Jadual 9)

Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/ tanggungan anda, anda mempunyai kewajiban untuk mengambil langkah yang munasabah untuk memastikan agar tidak memberikan kenyataan yang memberi gambaran yang salah dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Permohonan ini. Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan dalam Borang Permohonan ini dengan lengkap dan tepat. Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan ini, mungkin akan mengakibatkan pembatalan kontrak insurans anda, keengganan atau pengurangan tuntutan, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda.

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

Jika anda mewakili kelengkapan borang ini kepada Ejen, ia tidak membebaskan anda daripada tanggungjawab ke atas maklumat yang diberi dan diisytiharkan di dalam borang ini.

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

Important Note: Financial Services Act 2013 (Schedule 9)

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.

If you delegate the completion of this form to an Agent, it will not absolve you of the responsibility for the information declared and provided in this form.

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.

SILA LENGKAPKAN SEMUA BUTIRAN DALAM HURUF BESAR DAN TANDAKAN KOTAK YANG BERKENAAN.

PLEASE COMPLETE ALL DETAILS IN BLOCK LETTERS AND TICK THE APPROPRIATE BOXES

Pemohon utama mesti mengesahkan semua perubahan pada aplikasi ini dan memastikan semua maklumat adalah benar dan betul

The Primary Applicant must initial all changes on this application and ensure all details are true and correct

Jenis Aplikasi : Type of Application :	☐ Baru / Ambil alih New / Take-over	☐ Kemasukkan semula Re-instatement	☐ Penambahan ahli keluarga Add family member
Keperluan insurans untuk : Insurance required for :	☐ Pemohon sahaja Applicant only	☐ Pemohon dan tanggungan Applicant and dependents	☐ Pemohon bawah umur Minor
Jenis Polisi / Policy Type :			

Untuk kegunaan Ejen sahaja:
For Agent's Use Only:

Agensi / Agency:

Kod agensi / Agency Code:

BAHAGIAN I: MAKLUMAT PEMOHON / PART I: PARTICULARS OF APPLICANT

Nama penuh (seperti dalam IC / Pasport / Surat Beranak) / Full Name (As per IC / Passport / Birth Certificate)			Pelan / Plan	
No. NRIC / Surat Beranak / Pasport NRIC No / Birth Certificate No / Passport No	Tarikh Lahir (hr/bln/thn) Date of Birth (dd/mm/yyyy)	Umur Hari Jadi Berikutnya Age Next Birthday	Ketinggian (meter) Height (meter)	Berat badan (kg) Weight (kg)
Jantina / Gender	Status perkahwinan / Marital Status	Kewarganegaraan / Nationality	Persetujuan untuk berkomunikasi secara elektronik Consent to communicate electronically	
☐ Lelaki / Male	☐ Bujang / Single	☐ Malaysia / Malaysian	☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No	
☐ Perempuan / Female	☐ Berkahwin / Married	☐ Lain-lain / Others :	Alamat emel / E-mail address	
Alamat / Address				
Alamat Jalan 1 / Street Address 1			Alamat Jalan 2 / Street Address 2	
Bandar / Town / City	Negeri / State	Poskod / Postcode	Negara / Country	
Butiran Perhubungan / Contact Details				
Telefon Rumah / Home Telephone	Telefon Pejabat / Office Telephone	Telefon Bimbit / Mobile	Faksimili / Facsimile	
Butiran Pekerjaan / Occupational Details				
Apakah pekerjaan utama anda sekarang? / What is your current main occupation?			Apakah sifat tugas anda? / What is the nature of your duties?	

BAHAGIAN II: MAKLUMAT AHLI KELUARGA YANG AKAN DIINSURANSKAN
PART II: PARTICULARS OF FAMILY MEMBERS TO BE INSURED

Nota: Jika anak tanggungan berumur lebih daripada 19 tahun, sila berikan bukti status pelajar sepenuh masa pada setiap pembaharuan.
Note: If a dependent child is over 19 years old, please provide proof of Full-time Student Status at each renewal.

Nama penuh (seperti dalam IC/Pasport/Surat Beranak) <i>Full Name (As per IC / Passport / Birth Certificate)</i>	Jantina <i>Gender</i>	Hubungan <i>Relationship</i>	No. NRIC/ Surat Beranak/ Pasport NRIC No/Birth Cert No/ Passport No	Tarikh Lahir (hr/bln/thn) Date of Birth (dd/mm/yyyy)	Umur hari jadi berikutnya Age Next Birthday	Ketinggian Height (meter)	Berat Badan Weight (kg)	Pelan Plan
	☐ Lelaki / Male ☐ Perempuan / Female	☐ Pasangan / Spouse ☐ Anak / Child						
	☐ Lelaki / Male ☐ Perempuan / Female	☐ Pasangan / Spouse ☐ Anak / Child						
	☐ Lelaki / Male ☐ Perempuan / Female	☐ Pasangan / Spouse ☐ Anak / Child						
	☐ Lelaki / Male ☐ Perempuan / Female	☐ Pasangan / Spouse ☐ Anak / Child						
	☐ Lelaki / Male ☐ Perempuan / Female	☐ Pasangan / Spouse ☐ Anak / Child						

Pasangan adalah / Spouse is : ☐ Tidak Bekerja / Unemployed ☐ Bekerja separuh masa sebagai / di Working part-time as / at ☐ Bekerja sepenuh masa sebagai / di Working full-time as / at

BAHAGIAN III: MAKLUMAT PENCADANG / PART III: PARTICULARS OF PROPOSER

Jika premium dibayar oleh majikan, sila berikan maklumat majikan di bawah / If premium is paid by employer, please give employer's details below.

Nama syarikat / Company Name

Nama orang yang bertanggungjawab / Name of Person in Charge

Alamat syarikat / Company Address

Alamat Jalan 1 / Street Address 1

Alamat Jalan 2 / Street Address 2

Bandar / Town / City

Negeri / State

Poskod / Postcode

Negara / Country

Butiran perhubungan / Contact Details

Emel / E-mail

Nombor telefon / Phone Number

Faksimili / Facsimile

BAHAGIAN IV – SOAL SELIDIK / PART IV: QUESTIONNAIRE

1. Pernahkah mana-mana Pemohon yang dicadangkan pernah mengalami atau menerima nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan bagi mana-mana keadaan di bawah?

Has any one of the Applicant(s) proposed for Insurance suffered from or received medical advice, counseling or treatment for any of the following conditions?

	Ya / Yes	Tidak / No
a. Pernahkah anda mengalami apa-apa penyakit, gangguan, ataupun kecederaan dalam masa tiga (3) tahun yang kebelakangan ini yang memerlukan sebarang bentuk perubatan, ataupun yang mungkin memerlukan rawatan di masa hadapan? <i>Have you suffered from any illness, disorder, or injury during the past three (3) years which has required any form of medical or specialised examination or consultation or hospitalisation, or that may require future treatment?</i>	☐	☐
b. Pernahkah anda berjumpa dengan doktor/pakar untuk mendapatkan nasihat perubatan ataupun nasihat pembedahan, ujian diagnostik ataupun peyiasatan termasuk ujian atau rawatan yang belum dijalankan atau dilengkapi? <i>Have you seen a doctor/specialist for medical or surgical advice, diagnostic test or investigation including tests or treatments that have not been performed or completed?</i>	☐	☐
c. Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan pernah mengalami apa-apa masalah kesihatan untuk satu minggu berterusan, pengulangan masalah kesihatan yang tidak dapat dijelaskan atau demam yang berterusan atau kepenatan, pembesaran nodul limfa, cirit-birit yang kronik atau berulang, luka-luka kulit yang luar biasa, pengurangan atau kenaikan berat badan signifikan yang berterusan? <i>Have you or any applicant to be Insured at any time had any symptoms for more than one week continuously, unexplained recurrent or persistent fever or fatigue, enlarged lymph nodes, chronic or recurrent diarrhea, unusual skin lesions, or continuous significant weight loss or weight gain?</i>	☐	☐
d. Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan merancang sebarang pembedahan dalam masa enam (6) bulan yang akan datang? <i>Have you or any applicant to be Insured ever undergone or have any surgery planned in the next six (6) months?</i>	☐	☐
e. Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan sedang mengalami sebarang kemerosotan fizikal, kelemahan ataupun kecacatan ataupun keadaan kongenital? <i>Do you or any applicant to be Insured suffer from any physical impairment, infirmity or abnormality or congenital conditions?</i>	☐	☐

	Ya / Yes	Tidak / No
f. Pernahkah anda mengalami ataupun dirawati, diberitahu atau berunding dengan mana-mana pengamal perubatan untuk: <i>Have you ever suffered from or been treated, told by or consulted a medical practitioner for:</i>		
• Penyakit ataupun gangguan mata, telinga, hidung, mulut atau tekak? <i>Any disease or disorder of the eyes, ears, nose, mouth or throat?</i>	☐	☐
• Sawan, epilepsi, pening atau sakit kepala berulang, pengsan, sklerosis, gangguan mental atau saraf, sakit jantung, strok, kelumpuhan, kemurungan, kebimbangan, psikiatri ataupun psikologi, pitam atau apa-apa jenis keadaan yang berkaitan dengannya? <i>Fits, epilepsy, recurrent dizziness or headaches, fainting, sclerosis, mental or nervous disorders, heart attack, stroke, paralysis, depression, anxiety, psychiatric or physiological disorders or blackouts of any kind?</i>	☐	☐
• Batuk yang berterusan, asma atau sesak nafas, bronkitis, tuberkulosis atau gangguan pernafasan? <i>Persistent cough, asthma or shortness of breath, bronchitis, tuberculosis or any other respiratory disorders?</i>	☐	☐
• Gangguan jantung, sakit dada atau ketidakselesaan atau sesak nafas, debaran jantung, tekanan darah tinggi, demam reumatik, anemia atau gangguan darah, atau apa-apa penyakit berkaitan dengan jantung atau saluran darah atau apa-apa bentuk gangguan peredaran darah? <i>Heart disorders, chest pain or discomfort or tightness, palpitation, high blood pressure, rheumatic fever, anaemia or disorders of the blood, other diseases of the heart or blood vessels or any form of circulatory disorders?</i>	☐	☐
• Sakit perut yang berterusan, sakit di bahagian perut atau gastrik, hernia, masalah prostat, atau buasir? <i>Persistent stomach, abdominal or gastric pain, hernia, prostate conditions, hemorrhoids or piles?</i>	☐	☐
• Batu di dalam sistem pembuangan air kecil dan hempedu atau batu karang? <i>Stones in the urinary and biliary systems or cholecystitis?</i>	☐	☐
• HIV (human immunodeficiency virus), AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) atau penyakit kelamin yang lain? <i>HIV (human immunodeficiency virus), AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) or other sexually transmitted diseases?</i>	☐	☐
• Kencing manis, masalah tiroid, apa-apa jenis hepatitis atau penyakit kuning? <i>Diabetes mellitus, thyroid conditions, hepatitis of any kind, or jaundice?</i>	☐	☐
• Tumor, barah, sista, nodul, polip, ketumbuhan dan apa-apa jenis ketulan termasuk darah malignan/leukemia? <i>Tumors, cancers, cysts, nodules, polyps, growths or lumps of any kind including malignant blood/leukemia?</i>	☐	☐
• Rheumatism, cakera tergelincir, artritis, gout atau gangguan otot atau sendi, gangguan tulang belakang atau sakit belakang? <i>Rheumatism, "slipped disc", arthritis, gout or disorders of the muscles or joints, spinal disorders or back pain?</i>	☐	☐
• Urat Varikos atau urat trombotik mendalam? <i>Varicose veins or deep vein thrombosis?</i>	☐	☐
• Sebarang penyakit / gangguan hati? <i>Liver disorders?</i>	☐	☐
• Keadaan yang mempengaruhi buah pinggang? <i>Conditions affecting the kidneys?</i>	☐	☐
• Mana-mana penyakit, jangkitan, kecederaan, kurang keupayaan ataupun amputasi yang tidak dinyatakan di atas? <i>Any illnesses, diseases, injuries, disabilities or amputation(s) not mentioned above?</i>	☐	☐

2. Untuk pemohon wanita sahaja / For Female applicants only:

	Ya / Yes	Tidak / No
a. Adakah anda sedang mengandung? Jika "ya", berapa bulan? _____ <i>Are you now pregnant? If "Yes", how many months pregnant are you? _____</i>	☐	☐
b. Adakah anda pernah mengalami penyakit buah dada, organ-organ wanita, haid, pap smear luar biasa atau komplikasi semasa melahirkan anak? <i>Have you ever had any diseases of the breast, female organs, menstrual disorders, abnormal pap smear(s) or complications at child-birth?</i>	☐	☐

**3. Sila berikan alamat dan nombor telefon doktor keluarga anda atau pengamal perubatan yang kerap dikunjungi.
Please give the address and telephone number of your family doctor or your regular general practitioner.**

Nama doktor / Doctor Name	Nama klinik / Clinic Name	Nombor telefon / Telephone No	Faksimili / Facimile
Alamat klinik / Clinic Address			
Alamat Jalan 1 / Street Address 1		Alamat Jalan 2 / Street Address 2	
Bandar / Town / City	Negeri / State	Poskod / Postcode	Negara / Country

BAHAGIAN V: MAKLUMAT MASALAH KESIHATAN YANG SEDIA ADA / PART V: DETAILS OF EXISTING DISABILITIES

Jika anda menjawab “Ya” kepada mana-mana soalan di Bahagian IV, sila lengkapkan butiran di bawah, dan kepitkan kertas yang berasingan sekiranya ruang tidak mencukupi.

If you answered ‘Yes’ to any of the questions in Part IV, please give details below, continuing on a separate sheet if the space is insufficient.

1. Nama pemohon / Name of applicant

Tarikh rawatan / Date of Disability

Jenis rawatan / Type/s of Disability

Status rawatan / Current Status of Disability

Jenis & Dos ubat (jika ada) / Type & Dosage of medication (if applicable)

Nama hospital & doktor / Name of Hospital & Physician

2. Nama pemohon / Name of applicant

Tarikh rawatan / Date of Disability

Jenis rawatan / Type/s of Disability

Status rawatan / Current Status of Disability

Jenis & Dos ubat (jika ada) / Type & Dosage of medication (if applicable)

Nama hospital & doktor / Name of Hospital & Physician

BAHAGIAN VI: SEJARAH KESIHATAN / PERUBATAN INSURANS / PART VI: MEDICAL / HEALTH INSURANCE HISTORY

Sila jawab soalan di bawah mengenai sejarah insurans dan sediakan butiran selebihnya jika anda menjawab “Ya” kepada mana-mana soalan di bawah:
Please answer the questions below regarding your insurance history and provide more details if you answer “Yes” to any of the questions below:

	Ya / Yes	Tidak / No
a. Pernahkah mana-mana syarikat insurans menunda atau menolak permohonan insurans perubatan atau kesihatan, enggan memperbaharui atau membatalkan insurans anda? - Sebab penolakan cadangan / penamatan insurans: _____ Have you ever in respect of any medical or health insurance, had an insurer defer or decline a proposal, refuse renewal or terminate your insurance? - Reason for declined proposal/ termination of insurance: _____	☐	☐
b. Adakah anda mempunyai mana-mana polisi lain yang sedang berkuatkuasa dengan manfaat yang sama? - Nama produk / Syarikat Insurans: _____ Pelan: _____ Do you have any other policies in force where a similar benefit may be payable? - Name of product / Insurance Company: _____ Plan: _____	☐	☐
c. Adakah anda pernah kemukakan apa-apa tuntutan berkaitan dengan polisi insurans kesihatan dalam tempoh lima (5) tahun kebelakangan ini? Have you lodged any claims under any health insurance policies in the last five years? - Syarikat / Company: _____ - Pengenalan Penyakit / Diagnosis: _____ - Tahun / Year: _____ - Jumlah yang dibayar / Amount paid: _____	☐	☐

PROGRESSIVE CARE INDIVIDU & KELUARGA (LEMBARAN MAKLUMAT)
PROGRESSIVE CARE INDIVIDUAL & FAMILY (INFORMATION SHEET)

Nota: Dokumen Maklumat ini merumuskan ciri-ciri penting produk yang dinyatakan seperti di atas sebagai rujukan sahaja dan tidak boleh dianggap sebagai kontrak insurans. Pemegang Polisi dinasihatkan supaya merujuk kepada dokumen polisi untuk maklumat penuh tentang terma dan syarat polisi, termasuk segala terma dan peruntukan yang disenaraikan di bawah

Note: This Information Sheet provides a summary of the main features of the above product for illustration purposes and does not constitute a contract of Insurance. Policyholders are advised to refer to the policy document for full details of the product terms and conditions, including those outlined below.

Terma-terma pengeluaran polisi* / Terms of issue*

- Polisi ini merupakan Polisi Pembaharuan Tahunan Bersyarat dan boleh diperbaharui oleh Pemegang Polisi, tertakluk kepada terma, syarat dan penamatan pada setiap tarikh ulangtahun Polisi.
Policy is on annual renewable basis and is renewable at the option of the Policyholder subject to the terms, conditions and termination at each anniversary of the Policy date.
- Premium pembaharuan tidak terjamin dan Syarikat berhak menilai semula kadar premium yang ditaksirkan untuk setiap Orang Yang Diinsurankan pada masa pembaharuan itu. Pada setiap ulangtahun pembaharuan, Polisi ini boleh diperbaharui pada kadar premium yang berkuatkuasa pada masa itu seperti yang diberitahu oleh Syarikat secara bertulis kepada pemegang polisi sekurang-kurangnya tiga puluh (30) hari sebelum pindaan dikuatkuasakan.
The renewal premium payable is not guaranteed and the Company reserves the right to determine the premium applicable specifically to each Insured Person at the time of renewal. On each such anniversary, this policy is renewable at the premium rates in effect at the time and the Insurer shall notify the Insured Person in writing at least 30 days before the change is effected.
- Semasa pembaharuan polisi, terma dan syarat perlindungan tidak akan ditukarkan, kecuali jika manfaat telah dibayar sehingga had maksima untuk setiap kehilangan upaya. Dalam situasi ini, Syarikat berhak untuk tidak melindungi kehilangan upaya tersebut di dalam polisi.
During renewal, the terms and conditions of coverage shall not be amended, except where a particular disability has reached the maximum limit per disability. In such situations, the Company reserves the right to specifically exclude such disabilities from the policy.
- Polisi ini boleh diperbaharui mengikut pilihan pemegang polisi sehingga berlakunya mana-mana yang berikut:
This policy is renewable at the option of the policyholder until the occurrence of any of the following:
 - (a) premium tidak dibayar atau lambat dibayar mengikut tempoh masa non-payment of premium or payment not made on time.
 - (b) penipuan atau penyataan fakta penting yang salah semasa membuat permohonan fraud or misrepresentation of material fact during application.
 - (c) polisi dibatalkan atas permintaan Pemegang Polisi the policy is cancelled at the request of the Policyholder.
 - (d) jumlah tuntutan polisi mencapai had seumur hidup yang ditetapkan dan/atau berlaku kematian Orang Yang Diinsurankan total claims of the policy has reached the lifetime limit specified and/ or on the death of the Insured Person.
 - (e) Orang Yang Diinsurankan tidak lagi layak menjadi tanggungan berdasarkan takrif polisi. the Insured Person ceases to qualify as a dependent based on the definition of the policy.

- (f) Orang Yang Diinsurankan mencapai had umur perlindungan yang ditetapkan the Insured Person attains the maximum coverage age limit specified in the policy.
- (g) penamatan perlindungan semua polisi dalam pasaran tertentu dan Syarikat menarik balik polisi ini sepenuhnya dari pasaran menurut Syarat Penarikan Balik Portfolio. termination of coverage for all policies in a certain market and the Company withdraws this policy completely from the market

- Pihak Insuran berhak untuk menolak liabiliti jika Pemohon tidak memberitahu sebarang maklumat penting yang mungkin akan menukarkan keputusan Pihak Insuran untuk menentukan sama ada menerima ataupun menolak risiko permohonan tersebut, dan kadar premium serta terma yang harus dikenakan kepada Pemohon.
The Insurer has a right to repudiate liability in the event that a prospective Applicant fails to disclose relevant information that would affect the decision of the Insurer to accept or reject the risk, and on premiums and terms to be applied to the Applicant.
- Tempoh Bertenang selama lima belas (15) hari akan diberikan kepada Orang Yang Diinsurankan untuk menyelidik kesesuaian produk MHI yang baru dibeli. Jika Orang Yang Diinsurankan mengembalikan Polisi kepada Syarikat untuk pembatalan dalam tempoh masa ini, Orang Yang Diinsurankan layak menerima pulangan penuh premium yang telah dibayar, tolak perbelanjaan perkhidmatan pentadbiran yang dikenakan.
There is a Cooling-off Period of 15 days given to the policyholder to review the suitability of the newly purchased Medical & Health Insurance (MHI) product. If the policy is returned to the Insurer during this period, the full premium would be refunded to the policy owner, minus the administrative expenses incurred.

Manfaat Utama dan Premium Indikatif

Major benefits and Indicative premium rates

Sila rujuk kepada Jadual Manfaat dan Premium yang dilampirkan.
Please refer to the attached Schedule of Benefits and Premium Table.

Peruntukan Manfaat Utama / Major benefit limitations

- Tempoh menunggu umum permohonan 30 hari. Polisi ini tidak melindungi sebarang penyakit dalam tempoh 30 hari yang pertama, kecuali keadaan perubatan yang berpunca daripada kemalangan.
Application of a general waiting period of 30 days. This policy will not cover any illnesses within the first 30 days of policy inception, except for medical conditions arising from accidental causes.
 - Pengecualian utama, termasuk tetapi tidak terhad ke atas pengecualian keadaan kesihatan yang sedia ada dan penyakit-penyakit tertentu. Klausula untuk penyakit-penyakit tertentu hanya sah dalam tempoh 120 hari pertama polisi.
Major exclusions, including but not limited to exclusions of pre-existing conditions and specified illnesses. The specified illness clause is only applicable during the first 120 days of policy inception.
- Peruntukan manfaat utama di atas adalah tidak menyeluruh dan pemegang polisi perlu merujuk kepada kontrak polisi untuk maklumat lanjut.
The above major benefit limitations are not exhaustive and the policyholder should refer to the policy contract for further details.

PENGISYTIHARAN / DECLARATION

- **Saya/Kami mengaku** bahawa dengan segala pengetahuan saya/kami, maklumat yang diberi dan disertakan dalam permohonan ini adalah benar, betul dan lengkap dan saya/kami akan memaklumkan apa-apa pertukaran kepada Progressive Insurance Bhd.
I/We declare that to the best of my/our knowledge, the information provided in this application and accompanying this application is true, correct and complete and I/we will notify Progressive Insurance Bhd of any changes.
- **Saya/Kami faham** bahawa maklumat yang dikumpul oleh Progressive Insurance Bhd di dalam borang permohonan ini dan proses permohonan yang lebih panjang akan digunakan untuk mempertimbangkan dan memproses permohonan insurans saya/kami dan akan memberi kesan khususnya terma yang akan digunapakai pada polisi.
I/We understand that the information Progressive Insurance Bhd collects in this application form and the wider application process will be used to consider and process my/our application for insurance and if approved,

- **Saya/Kami faham** bahawa saya/kami mempunyai tanggungjawab untuk mendedahkan maklumat yang diketahui oleh saya/kami kepada Progressive Insurance Bhd dimana ia munasabah untuk seseorang dedahkan pada permohonan ini.
I/We understand that I/we have a duty to disclose to Progressive Insurance Bhd anything known to me/us which a reasonable person in the circumstances would disclose in this application.
- **Saya/Kami faham** kegagalan untuk mendedahkan maklumat atau kegagalan untuk menyediakan maklumat lengkap dan betul kepada Progressive Insurance Bhd boleh menyebabkan kontrak tidak sah dan jika ketidakdedahan itu adalah penipuan, Progressive Insurance Bhd boleh mengambil tindakan undang-undang terhadap saya/kami.
I/We understand the failure to disclose the information or the failure to provide full and correct information to Progressive Insurance Bhd may make the contract void and if such non-disclosure is fraudulent, Progressive Insurance Bhd may take legal action against me/us.

- **Saya/kami memberi kebenaran** kepada Progressive Insurance Bhd untuk mendedahkan maklumat mengenai permohonan saya/kami kepada ejen insurans saya/kami atau Third Party Administrator (TPA)
I/We authorise Progressive Insurance Bhd to disclose information about my/our application to my/our Insurance Agent or Third Party Administrator (TPA).

- **Saya/Kami bersetuju** bahawa salinan yang diimbas atau salinan kebenaran ini adalah sah seperti yang asal.
I/We agree that a scanned copy or photocopy of this authority will be valid as the original.

- **Saya/Kami memberi kebenaran** kepada Progressive Insurance Bhd untuk mengumpul daripada dan mendedahkan kepada :

I/We authorise Progressive Insurance Bhd to collect from and to disclose to:

- a) pasangan atau orang tanggungan saya / *my Spouse or Dependents*
- b) mana-mana orang yang dilantik oleh saya/kami secara bertulis *any person nominated by me/us in writing*
- c) pihak ketiga seperti majikan saya/kami, pembekal perkhidmatan kesihatan, pihak berkuasa perubatan, ejen, kontraktor, pembekal dan rakan niaga yang lain semua maklumat peribadi dan perubatan yang berkaitan dengan orang yang dinamakan dalam borang ini, dan *third parties such as my/our employer, health service provider, medical authorities, agents, contractors, suppliers and other business partners all relevant personal and medical information relating to the people named in this form, and*

Saya/Kami membenarkan pihak-pihak ini untuk mendedahkan kepada Progressive Insurance Bhd semua maklumat yang diperlukan untuk mengesahkan kelayakan manfaat di bawah polisi untuk saya/kami dengan tanggungan saya/kami yang disenaraikan dalam permohonan ini.

I/We authorise these parties to disclose to Progressive Insurance Bhd all information required to confirm benefit entitlements under the Policy for myself/ourselves and my/our dependents listed in this application.

- **Saya/Kami memberi kebenaran** kepada Progressive Insurance Bhd untuk mendapatkan maklumat peribadi dan perubatan dari orang yang disenaraikan di atas dan menggunakan maklumat ini sejauh mana yang perlu untuk penilaian permohonan ini dan mana-mana tuntutan yang dibuat di bawah polisi ini.

I/We authorise Progressive Insurance Bhd to obtain personal and medical information from the persons listed above and use this information to the extent necessary for the assessment of this application and any claim made under this Policy.

- **Saya/Kami memberi kebenaran** kepada Progressive Insurance Bhd untuk menyediakan satu salinan persetujuan dan pengakuan yang telah ditandatangani sebagai pengesahan kepada pembekal luar apabila meminta maklumat untuk penilaian permohonan dan sebarang tuntutan yang dibuat di bawah polisi ini.

I/We authorise Progressive Insurance Bhd to provide a copy of this signed consent and declaration as confirmation to external providers when requesting information for the assessment of this application and any claims made under the Policy.

- **Saya/Kami bersetuju** bahawa maklumat yang terkandung di dalam permohonan ini didedahkan kepada entiti lain di dalam , diuruskan atau dikontrakkan oleh Progressive Insurance Bhd dan membenarkan entiti tersebut untuk mendapatkan akses kepada maklumat di dalam permohonan ini.

I/We agree that the information contained in this Application be disclosed to other entities within, managed or contracted by Progressive Insurance Bhd and authorise those entities to seek access to that information.

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

Pihak Insurans/Wakil telah menjelaskan kepada saya/kami mengenai ciri-ciri penting yang terkandung di dalam dokumen polisi IPK yang dibeli.

I/We acknowledge that the liability of the Insurance Company does not commence until this proposal is accepted by and premium is paid to the Insurance Company.

The Insurer/intermediary has briefed me/us on the important features contained in the policy document of the MHI policy being purchased.

*Tandatangan Pemohon

*Proposer's Signature

Tarikh

Date of Signature

Saya/Kami mencadangkan untuk insurans saya / pertukaran pelan berkuatkuasa dari

I/We propose to have my insurance / change in plan to be effective from
_____ / _____ / _____ (HR/BLN/THN) / (DD/MM/YYYY)

Sila mengambil perhatian bahawa permohonan insurans anda akan diterima berdasarkan kelengkapan borang yang memuaskan. Kami akan memaklumkan kepada anda mengenai status penerimaan dan tarikh berkuatkuasanya insurans anda.

***Semua borang hendaklah ditandatangani dan bertarih untuk diterima sebagai dokumen yang sah.**

Please be advised that your proposal for insurance will be accepted based on the satisfactory completion of this form. We will advise you of the terms of acceptance and the date your insurance is effective.

****All forms must be signed and dated to be valid.***

PENGESAHAN KESAHIHAN IDENTITI / VERIFICATION OF AUTHENTICITY OF IDENTITY

Menurut Seksyen 16 (2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram 2001, saya dengan ini mengesahkan perkara berikut:

In compliance with Section 16(2) of the Anti-Money Laundering Act 2001, I hereby confirm the following:

☐ Dokumen-dokumen pengenalan asal telah disemak / *Original identity documents have been sighted*

☐ Salinan dokumen-dokumen pengenalan dilampirkan / *Photocopy of identity documents are attached*

Nama / Name: _____

(Kakitangan pihak insurans/Wakil) / *(Insurer's staff / Intermediary)*

Tandatangan / Signature: _____

Tarikh / Date: _____

No. NRIC / NRIC No: _____

Sekiranya terdapat sebarang kemusykilan, versi Bahasa Inggeris akan digunapakai / *In the event of any inconsistencies, the English version shall prevail.*