

INSURANS HOSPITAL & PEMBEDAHAN		BORANG PERISYTIHARAN PERSENDIRIAN
HOSPITAL & SURGICAL INSURANCE	PROGRESSIVE INSURANCE BHD (19002-P)	PERSONAL HEALTH DECLARATION FORM

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/tanggungannya, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk memastikan agar tidak memberikan kenyataan yang memberi gambaran yang salah dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Perisytiharan Persendirian ini. Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan dalam Borang Perisytiharan Persendirian ini dengan lengkap dan tepat. Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans anda, keengganan atau pengurangan tuntutan, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda.

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

Jika anda mewakilkan 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 Perisytiharan Persendirian 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. 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 Perisytiharan Persendirian ini tidak tepat atau telah berubah.

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 Personal Health Declaration Form. You must answer the questions in this Personal Health Declaration 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 Personal Health Declaration 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 Personal Health Declaration 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

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		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jantina / Gender	Status perkahwinan / Marital Status	Kewarganegaraan / Nationality	Persetujuan untuk berkomunikasi secara elektronik Consent to communicate electronically	
<input type="checkbox"/> Lelaki / Male	<input type="checkbox"/> Bujang / Single	<input type="checkbox"/> Malaysia / Malaysian	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No	
<input type="checkbox"/> Perempuan / Female	<input type="checkbox"/> Berkahwin / Married	<input type="checkbox"/> Lain-lain / Others _____		
Alamat emel / E-mail address _____				
Alamat / Address				
Alamat Jalan 1 / Street Address 1		Alamat Jalan 2 / Street Address 2		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Bandar / Town / City	Negeri / State	Poskod / Postcode	Negara / Country	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Butiran Perhubungan / Contact Details				
Telefon Rumah / Home Telephone		Telefon Pejabat / Office Telephone		Telefon Bimbit / Mobile
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
				Faksimili / Facsimile
				<input type="text"/>
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?		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

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 <i>NRIC No/ Birth Cert No/ Passport No</i>	Tarikh Lahir (hr/bln/thn) <i>Date of Birth (dd/mm/yyyy)</i>	Umur hari jadi berikutnya <i>Age Next Birthday</i>	Ketinggian <i>Height (meter)</i>	Berat Badan <i>Weight (kg)</i>	Pelan Plan
	<input type="checkbox"/> Lelaki / Male <input type="checkbox"/> Perempuan / Female	<input type="checkbox"/> Pasangan / Spouse <input type="checkbox"/> Anak / Child						
	<input type="checkbox"/> Lelaki / Male <input type="checkbox"/> Perempuan / Female	<input type="checkbox"/> Pasangan / Spouse <input type="checkbox"/> Anak / Child						
	<input type="checkbox"/> Lelaki / Male <input type="checkbox"/> Perempuan / Female	<input type="checkbox"/> Pasangan / Spouse <input type="checkbox"/> Anak / Child						
	<input type="checkbox"/> Lelaki / Male <input type="checkbox"/> Perempuan / Female	<input type="checkbox"/> Pasangan / Spouse <input type="checkbox"/> Anak / Child						
	<input type="checkbox"/> Lelaki / Male <input type="checkbox"/> Perempuan / Female	<input type="checkbox"/> Pasangan / Spouse <input type="checkbox"/> 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 dilengkap? <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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 kepanatan, 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ya / Yes	Tidak / No
f. Pernahkah anda mengalami ataupun dirawat, 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Batu di dalam sistem pembuangan air kecil dan hempedu atau batu karang? <i>Stones in the urinary and biliary systems or cholecystitis?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kencing manis, masalah tiroid, apa-apa jenis hepatitis atau penyakit kuning? <i>Diabetes mellitus, thyroid conditions, hepatitis of any kind, or jaundice?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Urat Varikos atau urat trombosis mendalam? <i>Varicose veins or deep vein thrombosis?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sebarang penyakit / gangguan hati? <i>Liver disorders?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Keadaan yang mempengaruhi buah pinggang? <i>Conditions affecting the kidneys?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alamat klinik / Clinic Address			
Alamat Jalan 1 / Street Address 1		Alamat Jalan 2 / Street Address 2	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Bandar / Town / City	Negeri / State	Poskod / Postcode	Negara / Country
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 kepilkan 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jenis rawatan / Type/s of Disability	Status rawatan / Current Status of Disability
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jenis & Dos ubat (jika ada) / Type & Dosage of medication (if applicable)	
<input type="text"/>	
Nama hospital & doktor / Name of Hospital & Physician	
<input type="text"/>	

2. Nama pemohon / Name of applicant	Tarikh rawatan / Date of Disability
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jenis rawatan / Type/s of Disability	Status rawatan / Current Status of Disability
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jenis & Dos ubat (jika ada) / Type & Dosage of medication (if applicable)	
<input type="text"/>	
Nama hospital & doktor / Name of Hospital & Physician	
<input type="text"/>	

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: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 digunakan 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, impact the specific terms that apply to the Policy.
 - **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 Administration (TPA)
I/We authorise Progressive Insurance Bhd to disclose information about my/our application to my/our Insurance Agent or Third Party Administration (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

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 bertarikh 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.**

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

