

INSURANS HOSPITAL & PEMBEDAHAN	 PROGRESSIVE INSURANCE BHD Registration No.: 197401001891 (19002-P)	BORANG PERMOHONAN BERKELOMPOK
HOSPITAL & SURGICAL INSURANCE		GROUP PROPOSAL FORM

Nota Penting: Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 (Jadual 9) / Important Note: Financial Services Act 2013 (Schedule 9)

Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini untuk memberi perlindungan insurans perubatan kepada pekerja dan tanggungan mereka, anda berkewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan, dan apa-apa perkara yang munasabah yang boleh dijangka, jika tidak ia boleh menyebabkan pembatalan kontrak insurans, 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 mewakili kelengkapan borang ini kepada Ejen/Broker, 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 Berkelompok 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 Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

Pursuant to Paragraph 4(1) of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this Insurance for the purpose of providing medical insurance benefits to your employees and their dependents, you have a duty to disclose any matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied and any matter a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant, otherwise it 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/Broker, 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 Group 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 Group Proposal Form is inaccurate or has changed.

Manfaat-manfaat yang dibayar di bawah produk yang layak adalah dilindungi oleh PIDM sehingga had perlindungan. Sila rujuk Brosur Sistem Perlindungan Manfaat Takaful dan Insurans PIDM atau hubungi Progressive Insurance Bhd atau PIDM (layari www.pidm.gov.my)

The benefit(s) payable under eligible products is(are) protected by PIDM up to limits. Please refer to PIDM's TIPS Brochure or contact Progressive Insurance Bhd or PIDM (visit www.pidm.gov.my)

**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 borang ini dan memastikan semua maklumat adalah benar dan betul untuk dilampirkan kepada Polisi No.:
The Primary Applicant must initial all changes on this form and ensure all details are true and correct for attachment to Policy No.:

MAKLUMAT SYARIKAT / COMPANY INFORMATION

Nama Syarikat / Name of Company		No.Pendaftaran Sy. / Co.Registration	Jenis Perniagaan / Nature of Business
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alamat / Address			
Alamat 1 / Address 1		Alamat 2 / 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			
Nombor Telefon Pejabat / Office Phone Number	Alamat Emel / E-mail address	Faksimili / Facsimile	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tempoh Insurans / Period of Insurance: Dari / From _____ ke / to _____			
Kelayakan / Eligibility :			
(a) Setiap pekerja yang kini bekerja sepenuh masa akan layak untuk insurans:- <i>Each present full-time employee shall be eligible for insurance:-</i>		(b) Setiap pekerja sepenuh masa pada masa akan datang, akan layak untuk insurans:- <i>Each future full-time employee shall be eligible for insurance:-</i>	
<input type="checkbox"/> apabila polisi ini berkuatkuasa / upon the effective date of the policy		<input type="checkbox"/> apabila tawaran kerja diterima / upon employment	
<input type="checkbox"/> apabila selesai _____ bulan perkhidmatan berterusan jika pada tarikh berkuatkuasa polisi, beliau masih belum menyelesaikan tempoh perkhidmatan. <i>upon completion of _____ months of continuous service if upon the effective date of the policy he has not completed the period of service.</i>		<input type="checkbox"/> apabila selesai _____ bulan perkhidmatan secara berterusan. <i>upon completion of _____ months of continuous service.</i>	

PENGISYTIHARAN / DECLARATION

Adalah difahami dan dipersetujui bahawa jika permohonan insurans ini:
It is understood and agreed that if the insurance applied for is:

- (a) Tidak berasaskan sumbangan, polisi ini akan menginsuranskan tidak kurang daripada 100% daripada semua pekerja yang layak untuk insurans dan *on non-contributory basis, the policy shall insure not less than 100% of all employees who are eligible for insurance and*
- (b) Berasaskan sumbangan, ia tidak akan berkuatkuasa sehingga sekurang-kurangnya 75% daripada pekerja telah memohon untuk insurans *on contributory basis, it will not become effective until at least 75% of all eligible employees have subscribed for insurance.*

Jika manfaat untuk tanggungan suami/isteri dan anak-anak diperlukan, insurans untuk tanggungan suami/isteri dan anak-anak hanya akan berkuatkuasa jika pekerja diinsuranskan
If benefits for dependent spouse and children are required, the insurance of dependent spouse and children will only be effective if the employee is insured.

Jika insurans untuk tanggungan suami/isteri dan anak-anak dipohon berasaskan sumbangan, insurans ini hanya akan berkuatkuasa selepas sekurang-kurangnya 75% daripada semua tanggungan yang berkelayakan telah dilindungi
If insurance for dependent spouse and children are applied on a contributory basis, the insurance will only be effective when at least 75% of all eligible dependents are insured.

Jika insurans untuk tanggungan suami/isteri dan anak-anak dipohon secara tidak berasaskan sumbangan, insurans hanya akan berkuatkuasa selepas 100% daripada semua tanggungan yang berkelayakan telah dilindungi
If insurance for dependent spouse and children are applied on a non-contributory basis, the insurance will only be effective when 100% of all eligible dependents are insured.

Polisi akan melindungi (sila tandakan) / Policy Covers (please tick):

- | | |
|--|--|
| Pekerja-pekerja (Ya / Tidak)
Employees (Yes / No) | Tanggungan (Ya / Tidak)
Dependents (Yes / No) |
| <input type="checkbox"/> Berasaskan Penyumbangan
Contributory basis | <input type="checkbox"/> Berasaskan Penyumbangan
Contributory basis |
| <input type="checkbox"/> Tidak Berasaskan Penyumbangan
Non-Contributory basis | <input type="checkbox"/> Tidak Berasaskan Penyumbangan
Non-Contributory basis |

- **Saya/Kami memberi kebenaran** kepada Progressive Insurance Bhd untuk mendedahkan maklumat berkaitan dengan 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 fotostat kebenaran ini adalah diterima 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 mendapatkan maklumat peribadi dan maklumat perubatan dari pihak-pihak yang disenaraikan di atas, sejauh mana yang diperlukan bagi penilaian permohonan ini dan sebarang tuntutan daripada polisi ini.
I/We authorise Progressive Insurance Bhd to obtain personal and medical information from the parties listed above and to 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 mengumpul dan/atau mendedahkan semua maklumat-maklumat peribadi dan perubatan yang berkaitan dengan orang yang diinsuranskan di dalam polisi ini termasuk polisi yang diperbaharui, kepada sebarang pihak ketiga, pembekal perkhidmatan kesihatan, pihak berkuasa perubatan, ejen insurans, kontraktor, pembekal dan rakan-rakan perniagaan yang lain. **Saya/Kami membenarkan** pihak-pihak tersebut untuk mendedahkan kepada Progressive Insurance Bhd semua maklumat yang diperlukan untuk mengesahkan kelayakan manfaat di bawah polisi untuk pekerja-pekerja kami dan juga tanggungan mereka.
I/We authorise Progressive Insurance Bhd to collect from and to disclose to: third parties, health service providers, medical authorities, agents, contractors, suppliers and other business partners all relevant personal and medical information relating to the people insured in this policy and its renewal. I/We authorise these parties to disclose to Progressive Insurance Bhd all information required to confirm benefit entitlements under the Policy for my/our employees and their insured dependents.
- **Saya/Kami memberi kebenaran** kepada Progressive Insurance Bhd untuk memberi salinan persetujuan dan pengakuan yang telah ditandatangani ini sebagai pengesahan kepada pembekal-pembekal perkhidmatan 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 boleh didedahkan kepada entiti lain di dalam , diuruskan atau dikontrakkan oleh Progressive Insurance Bhd dan membenarkan entiti-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.

Tandatangan Majikan / Signature of Employer :

Cop Syarikat / Company Stamp :

Tarikh Permohonan / Date of Proposal:

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