

**BORANG
CADANGAN SKIM
KEMASUKAN
HOSPITAL &
PEMBEDAHAAN
PEKERJA
ASING (SKHPPA)**



Registration No.: 197401001891 (19002-P)

6th, 9th & 10th Floor, Menara Cosway, Plaza Berjaya, No. 12, Jalan Imbi 55100 Kuala Lumpur. P.O. Box 10028, 50700 Kuala Lumpur
Tel: 03-2118 8000 Fax: 03-2118 8100, 2118 8101, 2118 8102 & 2118 8103
Website: www.progressiveinsurance.com.my

**FOREIGN
WORKERS
HOSPITALISATION
AND SURGICAL
SCHEME
PROPOSAL FORM
(SKHPPA)**

RANGKAIAN CAWANGAN / BRANCH NETWORK

HEAD OFFICE	6 th , 9 th & 10 Floor, Menara Cosway, Plaza Berjaya, No. 12, Jalan Imbi, 55100 Kuala Lumpur, P.O. Box 10028, 50700 Kuala Lumpur.	Tel: +603-2118 8000	Fax: +603-2118 8098
KOTA KINABALU	Ground & 7 th Floor, Wisma Perkasa, Jalan Gaya, P.O. Box 13936, 88845, Kota Kinabalu, Sabah.	Tel: +6088-244 216	Fax: +6088-218 004
KUCHING	Sublot 11 & 12, Lots 9966 & 9967, First Floor, Premium 101, Jalan Tun Jugah, 93350 Kuching. P.O. Box 2749, 93754 Kuching, Sarawak.	Tel: +6082-25 1788	Fax: +6082-423 960
SANDAKAN	1 st Floor, Lot 1, Block 3, Bandar Indah, Mile 4, North Road, 90000 Sandakan, Sabah	Tel: +6089-238 810	Fax: +6089-237 709
JOHOR BAHRU	No. 17-01, Jalan Kebun Teh 1, Pusat Perdagangan Kebun Teh, 80250 Johor Bahru, Johor.	Tel: +607-227 0991/2	Fax: +607-227 0996
BUTTERWORTH	2755, Ground & 1 st Floor, Jalan Chain Ferry, Taman Inderawasih, 13600 Prai, Seberang Prai Tengah, Penang.	Tel: +604-397 7128	Fax: +604-397 7126
MELAKA	13-A, Jalan Melaka Raya 24, Taman Melaka Raya, 75000 Melaka.	Tel: +606-288 3831	Fax: +606-288 3832
ALOR SETAR	No. 223, Tingkat Dua, Jalan Gangsa, Taman Perindustrian Ringan Kristal, 05150 Alor Setar.	Tel: +604-7339846	Fax: +604-7339691

NOTIS PENTING / IMPORTANT NOTICE

Kontrak Insurans Pengguna

Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk tujuan yang tidak berkaitan perdagangan, perniagaan atau profesion anda, anda mempunyai kewajiban untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan 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 ganti rugi, 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 lain yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan. Anda juga mempunyai kewajiban 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.

Consumer Insurance Contract

Pursuant to Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this Insurance wholly for purposes unrelated to your trade, business or profession, 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.

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.

Kontrak Insurans Komersial

Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini untuk tujuan yang berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda, 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 ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda. Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

Anda juga mempunyai kewajiban 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.

Non-Consumer Insurance Contract

Pursuant to Paragraph 4(1) of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this Insurance for a purpose related to your trade, business or profession, 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.

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.

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 benefits(s) payable under eligible product 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)

Perantara / Intermediary

No. Nota Perlindungan / Cover Note No.

*Sila jawab semua soalan sepenuhnya. Penggunaan tanda (✓) dan (-) tidak memadai./ *Please answer all questions fully. Tick and dashes are not sufficient.

A. BUTIR-BUTIR MAJIKAN / EMPLOYER'S PARTICULARS

No. Pendaftaran Syarikat/KP / Business Registration No./ NRIC			
Nama Pencadang/Majikan / Name of Proposer/Employer			
Alamat Majikan Address of Employer			
Poskod / Postcode		Negeri / State	
No. Telefon / Tel No. No (Pejabat/Office)		Bimbit / Mobile	
Alamat E-Mel / E-mail Address			
Perniagaan / Pekerjaan / Business / Occupation			
Sektor (sila tanda) Sector (please tick)	<input type="checkbox"/> Perladangan / Farming <input type="checkbox"/> Bintang Ternakan / Livestock <input type="checkbox"/> Perlombongan & Kuari / Mining & Quarrying <input type="checkbox"/> Pembinaan / Construction <input type="checkbox"/> Pengangkutan / Transportation	<input type="checkbox"/> Ladang / Plantation <input type="checkbox"/> Perhutanan / Forestry <input type="checkbox"/> Pembuatan / Manufacturing <input type="checkbox"/> Jualan Borong, Runcit & Bengkel Wholesale, Retail trade & Workshop <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan) / Others (please specify)	<input type="checkbox"/> Memburu / Hunting <input type="checkbox"/> Perikanan / Fishery <input type="checkbox"/> Pembekalan Elektrik, Gas & Air Electricity, Gas & Water Supply <input type="checkbox"/> Perkhidmatan / Services

B. TEMPOH PERLINDUNGAN INSURANS / PERIOD OF INSURANCE COVERAGE

Tempoh Perlindungan / Period of Coverage	Bulan / Months
Tarikh Perlindungan / Date of Coverage: Dari / From	Hingga / To
Bilangan pekerja yang akan diinsurankan / No. of worker(s) to be insured _____ (jika lebih dari seorang (1) pekerja, sila lengkapkan Borang Butir-Butir Pekerja yang disertakan dalam lampiran ini) (if more than one (1) worker, please complete the Workers Particulars Form)	

C. TEMPAT PEKERJAAN / PLACE OF EMPLOYMENT

Hanya perlu diisi sekiranya Alamat Tempat Pekerjaan berlainan dengan Alamat Majikan di atas:-
To be filled up only if Place of Employment Address is not the same as the Address of Employer above:-

No. Pendaftaran Syarikat / KP / Pasport / Rujukan Tapak Pembinaan / Rujukan Projek Business Registration No./ NRIC / Passport / Construction Site No. / Project Reference No	
Alamat Tempat Pekerjaan Place of Employment Address	

D. BUTIR-BUTIR PEKERJA ASING / FOREIGN WORKER'S PARTICULARS

(jika permohonan untuk seorang (1) pekerja, sila lengkapkan butir-butir berikut):-
(If application is for only one (1) worker, please complete the following particular):-

Nama Pekerja Name of Worker			
Warganegara / Nationality		No.Pasport / Passport No.	
Tarikh Lahir / Date of Birth	(HH/BB/TTTT/ DD/MM/YYYY)	Jantina / Gender	<input type="checkbox"/> Lelaki / Male <input type="checkbox"/> Perempuan / Female
Taraf Perkahwinan / Marital Status		<input type="checkbox"/> Bujang / Single <input type="checkbox"/> Kahwin / Married	<input type="checkbox"/> Bercerai / Divorced <input type="checkbox"/> Janda / Duda / Widow / Widower
No. Permit Kerja / Work Permit No			
Tarikh Luput Permit Kerja / Work Permit Expiry Date			
Jenis Pekerja / Nature of Work			
Siapakah yang akan membayar premium untuk polisi insurans ini? Who will be paying the premium for this insurance policy?	<input type="checkbox"/> Majikan / Employer <input type="checkbox"/> Pekerja asing sendiri / Foreign worker themselves		

E. PEMBAYARAN BALIK PREMIUM / REFUND OF PREMIUMS

Jika sekiranya terdapat sebarang pembayaran balik premium kepada Pemegang Polisi ini, pihak Syarikat akan membayar balik bayaran tersebut melalui cara E-Bayaran ke salah satu akaun berikut:
In the event of any refund due on this policy, we will arrange remittance of the refund to the policy holder through E-Payment channel into one of the accounts below:

CARA PEMBAYARAN BALIK / PAYMENT METHOD

(a)	Nama Pihak Diinsuranskan / <i>Name of Insured Party:</i>	
(b)	Alamat Emel / <i>E-mail Address:</i>	
(c)	No. K/P / No. Pasport / K/P Askar atau Polis / No. Pendaftaran Syarikat: <i>NRIC No. / Passport No. / Army or Police ID / Business Regn. No.:</i>	
(d)	No. Akaun Simpanan: <i>Saving Account No.:</i>	
		Nama Bank / <i>Name of Bank:</i> Cawangan Bank / <i>Branch of Bank:</i>
(e)	No. Akaun Semasa: <i>Current Account No.:</i>	
		Nama Bank / <i>Name of Bank:</i> Cawangan Bank / <i>Branch of Bank:</i>

F. DEKLARASI / DECLARATION

Saya /Kami, pada pengetahuan saya/kami sepenuhnya, mengesahkan bahawa segala kenyataan yang terkandung didalam borang cadangan ini adalah benar dan betul dan saya/kami tidak menyembunyikan, salah nyata atau silap nyata mana-mana fakta material. / *I/We to the best of my/ our knowledge hereby confirmed that the statements contained in this proposal form are true and correct and I/We have not concealed, mis-represented or misstated any material fact.*

Saya/Kami setuju bahawa kenyataan dan perakuan di dalam borang cadangan ini akan dijadikan asas kepada kontrak insurans dengan Progressive Insurance Bhd dan boleh disifatkan termaktub di dalam kontrak tersebut. / *I/We agree that the statements and declaration contained in this proposal form shall be the basis of the contract of insurance with Progressive Insurance Bhd and are deemed to be incorporated in the contract.*

Tarikh / *Date:* _____

Tandatangan Pencadang/Majikan/Cop Syarikat /
Signature of Proposer/Employer/Company Rubber Stamp

(Anda tidak akan terikat untuk menyempurnakan insurans ini dengan menandatangani borang ini/
Signing this form does not bind you to complete the insurance)

G. DEKLARASI OLEH EJEN/PEGAWAI / DECLARATION BY AGENT/OFFICERS

Saya yang bertandatangan dibawah telah melihat sendiri Kad Pengenalan yang asal dan mengenai pasti diri pemohon melalui Kad Pengenalan atau lain-lain dokumen seperti _____

I have sighted the original NRIC and verified the identity of the proposer through the use of NRIC or other documents such as

Nama dan tandatangan Ejen/ Pegawai
Name and Signature of Agent/Officer

No.Kad Pengenalan Ejen/Pegawai
NRIC No.of Agent/Officer

Perhatian / *Note:*

Satu salinan Kad Pengenalan mestilah diperolehi dari pemohon jika premium melebihi RM50,000 untuk polisi insurans perseorangan sahaja.
A copy of the NRIC must be obtained from the proposer for individual insurance policies only, where the premium is more than RM50,000.

**KETERANGAN FAEDAH / PERLINDUNGAN / DESCRIPTION OF BENEFITS / COVERAGE
MANFAAT KEMASUKAN KE HOSPITAL & PEMBEDAHAN / HOSPITAL & SURGICAL BENEFITS**

- | | |
|--|---|
| <p>1) a) Bilik Hospital & Makan Harian (Maksimum tiga puluh (30) hari)
<i>Daily Hospital Room & Board (Maximum up to thirty (30) days)</i>
b) Unit Rawatan Intensif (Maksimum lima belas (15) hari)
<i>Intensive Care Unit [ICU] (Maximum up to fifteen (15) days)</i></p> <p>2) Bekalan dan Khidmat Hospital / <i>Hospital Supplies and Services</i></p> <p>3) Bilik Pembedahan / <i>Operating Theatre</i></p> <p>4) Yuran Pembedahan (Tidak termasuk pemindahan organ)
<i>Surgical Fees (Exclude organ transplantation)</i></p> <p>5) Yuran Pakar Bius / <i>Anesthetist's Fees</i></p> <p>6) Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (Maksimum tiga puluh (30) hari)
<i>In-Hospital Physician Visits (Maximum up to thirty (30) days)</i></p> <p>7) Lawatan Pakar Perundingan Dalam Hospital (Maksimum tiga puluh (30) hari)
<i>In-Hospital Specialist Consultation Visits (Maximum up to thirty (30) days)</i></p> <p>8) Yuran Ambulan/Laporan Perubatan / <i>Ambulance Fees/Medical Report Fees</i></p> | <p>As charged in accordance to charges consistent with Third (3rd) Class Room and Board to a maximum of RM60.00 per day in a Non-Corporatised Malaysian Government Hospital in conformance to the charges specified under Perintah Fi (Perubatan) 1982.</p> |
|--|---|

HAD MAKSIMUM TAHUNAN KESELURUHAN (Butir 1 hingga 8) **RM20,000.00**
MAXIMUM OVERALL ANNUAL LIMIT (Item 1 to 8)

PREMIUM TAHUNAN (Sebelum 6% Cukai Perkhidmatan dan RM10.00 Duti Setem) **RM120.00** (Setiap Pekerja /
ANNUAL PREMIUM (Before 6% Service Tax and RM10.00 Stamp Duty) **Per Worker**)

Nota Penting:

Semua faedah-faedah yang dibayar bagi setiap ketidakupayaan bagi setiap tempoh insurans yang diberi tertakluk kepada Had Tahunan Keseluruhan sebanyak RM20,000.00 bagi setiap pekerja yang diinsuranskan.

Important Note:

All benefits payable for any number of disabilities in any one given period of insurance is subject to Overall Annual limit of RM20,000.00 per insured worker.

KOD PEKERJAAN / OCCUPATION CODE				KOD WARGANEGARAAN NATIONALITY CODE	
A1	Farming - General Worker	H14	Service - Goldsmith	01	Indonesia
A2	Plantation - General Worker	H15	Service - Metal/Scrap/Recycle	02	Bangladesh
A3	Hunter	H16	Service - Gold Fields	03	Cambodia
A4	Livestock Worker	H17	Service - Spa Industries	04	Vietnam
A5	Forestry Worker	H18	Service - Alternatif Medication	05	Burma
B1	Fishery Worker	H2	Service - Dobby	06	China
C1	Mining & Quarrying Worker	H3	Service - Cleaner	07	Philiphine
D1	Manufacturing - Factory Worker	H4	Service - Caddy	08	Nepal
D2	Goods Distribution	H5	Service - Welfare Home Worker	09	India
E1	Utility Operator	H6	Service - Barber	10	Myanmar
F1	Construction Worker	H7	Service - Security Guard	11	Thailand
G1	Retail & Workshop Worker	H8	Service - Vocation Island	12	Pakistan
H1	Service - Hotel & Restorant Worker	H9	Service - Others	13	Sri Lanka
H10	Service - Cargo Handling	I1	Transport, Storage & Communication - General Worker	14	Taiwan
H11	Service - Restaurant Worker	J1	Factory		
H12	Service - Sundry & Wholsaler	K1	Domestics Maids		
H13	Service - Textile	ZNIL	ZZNIL		

1. Di bawah rangka kewaspadaan Kawalan Korporat, cara-cara berikut telah disediakan kepada sesiapa yang ingin membuat aduan:-
Under the prudential framework of Corporate Governance the following avenues have been set up to handle customer grievances:-
- a) Pegawai Khidmat Pelanggan Progressive Insurance Bhd (19002-P) ("Syarikat") di Tel: 1-800-888-458 atau Faks: 603 2118 8103. Bagi bahagian cawangan, segala aduan boleh ditujukan kepada Pengurus Cawangan yang akan memanjatkan kepada Pegawai Khidmat Pelanggan. *The Customer Care Officer of Progressive Insurance Bhd (19002-P) ("Company") at Tel: 1-800-888-458 or Fax: 603 2118 8103. At branch level, complaints can be received by the respective Branch Managers who will direct it to the Customer Care Officer.*
- b) Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan (FMOS) di Tel: 03-2272 2811 atau Faks: 03-2272 1577. Pemegang polisi yang tidak berpuas hati dengan keputusan sesebuah syarikat insurans boleh menulis surat aduan kepada FMOS dengan butir-butir pertikaian, nama syarikat insurans dan nombor polisi. Salinan surat antara pemegang polisi dan pihak syarikat insurans perlu diserahkan kepada FMOS untuk rujukan. *Financial Market Ombudsman Services (FMOS) at Tel: 03-2272 2811 or Fax: 03-2272 1577. Any policyholder who is not satisfied with the decision of an insurance company may write to the FMOS, giving details of the dispute, the name of the insurance company and the policy number. Copies of the correspondence between the policyholder and the insurance company must be submitted to facilitate FMOS's reference.*
- Pihak Syarikat adalah terikat kepada keputusan FMOS. Pemegang polisi boleh memilih sama ada bersetuju atau tidak. Persetujuan hanya diterimasecara bertulis dalam tempoh 14 hari. Pihak Syarikat akan menyelesaikan tuntutan dalam tempoh 30 hari dari persetujuan pemegang polisi. Sekiranya pemegang polisi tidak berpuas hati dengan keputusan FMOS, beliau boleh memilih untuk mengambil tindakan alternatif undang-undang. Tidak ada yuran bayaran yang dicaj untuk perkhidmatan FMOS. *An award of the FMOS is binding on the Company. The policyholder can choose to accept or not. Acceptance is acknowledged only if it is in writing within 14 days of the decision. The Company shall settle the award within 30 days of policyholder's acceptance. But if the policyholder is not satisfied, he can reject the FMOS's decision and pursue an alternative legal recourse instead. There is no fee charged for service of the FMOS.*
- Alamat ialah / *The address is:-* **Financial Markets Ombudsman Service / Perkhidmatan Ombudsman Pasaran Kewangan (FMOS)**
Tingkat 14, Blok Utama
Menara Takaful Malaysia
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman
50000 Kuala Lumpur
- c) Laman Informasi Nasihat dan Khidmat di Bank Negara Malaysia (BNM) di Tel: 1-300-88-5465 atau Faks: 03-2174 1515. Pemunya polisi yang tidak puas hati dengan bimbingan pihak syarikat insurans boleh membuat aduan kepada Jabatan Komunikasi Korporat di BNM dengan butir-butir pertikaian, nama pihak syarikat insurans dan nombor polisi atau nombor tuntutan. Sokongan dokumen perlu diserahkan untuk rujukan. *Laman Informasi Nasihat dan Khidmat of Bank Negara Malaysia (BNM) at Tel: 1-300-88-5465 or Fax: 03-2174 1515. Any policyholder who is not satisfied with the conduct of an insurance company may write to the Corporate Communication Department of BNM, giving details of the complaint, the name of the insurance company and the policy number or the claim number. Documentary support should be provided to facilitate reference.*
- Alamat ialah / *The address is:-* Pengarah
Bank Negara Malaysia
Laman Informasi Nasihat dan Khidmat (BNMLINK)
Tingkat 4, Podium Bangunan AICB,
No. 10, Jalan Dato' Onn,
50480 Kuala Lumpur
URL: bnm.gov.my/BNMLINK
2. Bersandarkan Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram & Pencegahan Pembiayaan Keganasan 2001, sebarang 'Transaksi yang Mencurigakan' seperti yang termaktub di bawah undang-undang hendaklah dilaporkan kepada pihak berkuasa yang berkenaan di Bank Negara Malaysia. *By virtue of the Anti-Money Laundering & Anti-Terrorism Financing Act 2001, any 'Suspicious Transaction' as classified by the law is required to be reported to the Competent Authority at Bank Negara Malaysia.*
3. Boleh dikatakan di mana terdapat konflik atau keaburan berkenaan makna dalam peruntukan Bahasa Inggeris atau peruntukan Bahasa Malaysia tentang mana-mana bahagian kontrak, adalah dipersetujui bahawa versi kontrak Bahasa Inggeris akan mengatasi dan diikuti. *For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the English provisions or the Bahasa Malaysia provisions of any part of the contract, it is hereby agreed that the English version of the contract prevails.*
4. **KEBENARAN UNTUK MENGGUNAKAN MAKLUMAT PERIBADI** : Mana-mana maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh pihak Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) yang diberikan kepada pihak Syarikat dan boleh dipegang, digunakan dan didedahkan oleh pihak Syarikat kepada individu, badan atau organisasi yang menyediakan perkhidmatan, organisasi yang berkaitan dengan Syarikat atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (dalam atau luar Malaysia, termasuk syarikat-syarikat reinsurans dan penyiasatan tuntutan dan persatuan/perbadanan industri) bagi tujuan menyimpan dan memproses permohonan ini dan memberikan perkhidmatan seterusnya untuk produk dan perkhidmatan kewangan Syarikat dan pepadanan data, soal selidik dan untuk berkomunikasi dengan saya/kami untuk tujuan seperti itu. Saya/ Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses kepada, dan membuat pembedahan kepada apa-apa maklumat peribadi yang dipegang oleh pihak Syarikat berkaitan dengan saya/kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat secara menulis kepada pihak Syarikat di Data Protection Officer, Progressive Insurance Bhd, Level 6,9 dan 10, Menara Cosway, Plaza Berjaya, 12, Jalan Imbi, 55100 Kuala Lumpur atau menelefon: 1-800-888-458, Fax: 603 2118 8103 or Email : customercare@progressiveinsurance.com.my
Dengan menyerahkan maklumat peribadi anda, anda menunjukkan persetujuan anda untuk membenarkan pihak Syarikat berkomunikasi dengan anda berkenaan produk terbaru, perkhidmatan dan acara-acara baru pihak Syarikat. Jika anda tidak mahu dihubungi oleh pihak Syarikat, anda boleh pilih keluar bila-bila masa dengan menulis kepada pihak Syarikat seperti di-atas.
- CONSENT TO USE OF PERSONAL DATA** : Any personal information collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise obtained) is provided to the Company and may be held, used and disclosed by the Company to individuals, service providers and organizations associated with the Company or any other selected third parties (within or outside of Malaysia, including reinsurance and claims investigation companies and industry associations) for the purpose of storing and processing this application and providing subsequent service(s) for this purpose, the Company's financial products and services and data matching, surveys and to communicate with me/us for such purposes. I/We understand that I/We have the right to obtain access to and to request correction of any personal information held by the Company concerning me/us. Such request can be made by writing to the Company at Data Protection Officer, Progressive Insurance Bhd, Level 6,9 and 10, Menara Cosway, Plaza Berjaya 12, Jalan Imbi, 55100 Kuala Lumpur or phone : 1-800-888-458, Fax : 603 21188103 or Email : customercare@progressiveinsurance.com.my
By submitting your personal information, you are indicating your consent to allow the Company to keep you posted on the Company's latest products, services and upcoming events. If you do not wish to be contacted by the Company, you can opt out anytime by writing to the Company as above.

