

# QBE MEDI Charge Cover PROPOSAL

## QBE MEDI Charge Cover CADANGAN



QBE Insurance (Malaysia) Berhad

Registration No.: 198701002415(161086-D)

SST No.: B16-1808-31042744

(Licensed under Financial Service Act 2013, regulated by Bank Negara Malaysia)

No. 638, Level 6, Block B1, Leisure Commerce Square,

No. 9, Jalan PJS 8/9, 46150 Petaling Jaya,

Postal Address P.O. Box 10637, 50720 Kuala Lumpur, Malaysia.

Phone: 03-7861 8400

Fax: 03-7873 7430

[www.qbe.com.my](http://www.qbe.com.my)

Email: [info.mal@qbe.com](mailto:info.mal@qbe.com)

### A. PLAN FEATURES / CIRI-CIRI PELAN

#### 1. Persons Eligible to be insured

- You and/or your legal spouse below the age of 60 and renewable up to the age of 65.
- Your dependent children – unmarried, financially dependent upon you, aged between 30 days and below 19 years or 23 years if they are full-time students at a tertiary institution in Malaysia.
- Resident in Malaysia.

#### Calun Yang Layak Untuk dilindungi

- Anda dan/atau pasangan anda yang sah dibawah umur 60 dan pembaharuan umur pada tahap 65.
- Anak-anak yang ditanggung oleh anda – yang belum kahwin, dimana perbelanjaan dari segi kewangan masih ditanggung oleh anda diantara umur 30 hari dan sebelum 19 tahun atau 23 tahun jikalau mereka adalah pelajar sepenuh masa di institusi pengajian tinggi di Malaysia.
- Penduduk Malaysia

#### 2. Scope of Cover – 24 hours a day, worldwide provided you or any insured persons are not outside Malaysia longer than 90 continuous days.

- Choice of comprehensive levels of cover and benefits.
- Free choice of hospitals and surgeons.
- With Extended Benefits.
- Full reimbursement of eligible hospitalisation expenses incurred up to the Benefit Plan selected.
- Optional Deductible with an attractive discount on premium.

**Skop Perlindungan** – 24 jam seluruh dunia dengan syarat anda atau orang yang dilindungi tidak berada di luar Negara Malaysia selama 90 hari berturut-turut

- Pilihan peringkat perlindungan dan manfaat yang komprehensif.
- Hospital dan pakar pembedahan pilihan anda sendiri.
- Dengan manfaat tambahan.
- Segala wang perbelanjaan hospital yang layak akan dikembalikan mengikut Pelan Manfaat yang dipilih.
- Pilihan deduktibel dengan diskaun menarik ke atas premium.

#### 3. Extra Optional Features

##### Optional Deductible

This savings option is tailored especially for salaried individuals who may have an existing or inadequate medical plan provided by their employers. MEDI-CHARGE Protector offers you the following optional deductibles with a discount adjustment on the premium rates of your selected plan. A deductible is the first amount of each and every claim that has to be borne by you or payable under any other policies covering you and is only applicable on all eligible reimbursable expenses incurred as provided for under the benefit selected.

##### Pilihan Deduktibel

Pilihan ini dikhaskan untuk pekerja-pekerja yang makan gaji dan mempunyai pelan perubatan persendirian sedia ada atau disediakan oleh pihak majikan tetapi tidak memadai. MEDI-CHARGE Protector menawarkan anda pilihan deduktibel seperti berikut dengan diskaun pada kadar bayaran pelan dipilih. Deduktibel adalah kadar amaun yang ditanggung oleh anda pada manamana polisi yang lain dan hanya dikenakan pada semua perbelanjaan yang layak seperti yang disediakan dibawah manfaat yang dipilih.

Deductibles / Deduktibel (RM)	Discount / Diskaun
500	15%
1,000	20%
2,500	30%
5,000	40%

### B. EXCLUSIONS / PENGECUALIAN

These are the core exclusions and are not exhaustive.

Similar to other medical insurance plans, the common exclusions of QBE MAJOR-MEDI Cover are:-

Pre-existing illness; congenital anomalies; pregnancy & maternity related; hormone replacement therapy; Erectile Dysfunction, circumcision; dental care unless resulting from accidental injury; suicide or self-inflicted injury; mental disorder; AIDS and HIV related diseases, venereal diseases; war or military related activities, any act of terrorism; hazardous sports; prostheses, plastic/cosmetic surgery, treatment for weight reduction or gain; specified illnesses during the first 120 days; illnesses which commence within the waiting period of 30 days from commencement date of insurance, except for injuries sustained in an accident.

**Pengecualian berikut adalah ringkasan sahaja dan tidak sepenuhnya.**

Seerti pelan insurans kesihatan lain, pengecualian umum dalam QBE MAJOR-MEDI Cover adalah :-

Penyakit sedia ada; kecacatan kongenital; keadaan berkaitan dengan kehamilan dan kelahiran, tetapi penggantian hormon, disfungsi erektil, khatan; pembedahan oral kecuali apabila diperlukan kerana kecederaan akibat kemalangan, bunuh diri atau kecederaan diri sendiri; gangguan mental; AIDS dan penyakit berkaitan HIV; penyakit venereal; perang atau apa-apa tindakan perang; aktiviti penganas; sukan berbahaya; alat prostetik; pembedahan plastik/kosmetik, rawatan khusus untuk mengurangkan atau menaikkan berat badan; penyakit yang ditetapkan yang berlaku dalam tempoh 120 hari pertama; keadaan perubatan atau fizikal yang berlaku dalam tempoh 30 hari pertama kecuali untuk kecederaan akibat kemalangan

### C. CLAIMS PROCEDURES / SYARAT-SYARAT TUNTUTAN

The Insured shall within 30 days of a Disability that incurs claimable expenses, give written notice to the Company stating full particulars of such event, including all original bills and receipts, and a full Physician's report stipulating the diagnosis of the condition treated.

Orang yang diinsuranskan hendaklah dalam tempoh tiga puluh (30) hari dari tarikh kehilangan upaya yang boleh menimbulkan tuntutan perbelanjaan, memberikan notis secara bertulis kepada Syarikat dengan menyatakan butir-butir penuh mengenainya, termasuk semua bil dan resit asal, dan laporan penuh Doktor menyatakan diagnosis keadaan yang dirawat.

## D. GENERAL CONDITIONS / SYARAT-SYARAT UMUM

These are the core conditions and are not exhaustive. / *Syarat-syarat berikut adalah ringkasan sahaja dan tidak lengkap sepenuhnya*

1. **Any One Disability or Limit Per Disability** shall mean all of the periods of disability arising from the same cause including any and all complications there from except that if the Insured Person completely recovers and remain free from further treatment (including drugs, medicines, special diet or injection or advice for the condition) of the disability for at least ninety (90) days following the latest date of discharge and subsequent disability from the same cause shall be considered as though it were a new disability.

*Maksimum setiap Ketidakupayaan atau Mana-mana Satu Hilang Upaya* hendaklah bermaksud semua tempoh hilang upaya yang timbul daripada sebab yang sama termasuk mana-mana dan semua komplikasinya kecuali jika Orang yang diinsuranskan pulih sepenuhnya dan tidak perlu menjalani apa-apa rawatan lanjut (termasuk dadah, ubat, diet khas atau suntikan atau nasihat tentang keadaannya) bagi hilang upaya itu selama sekurang- sekurangnya sembilan puluh (90) hari selepas tarikh terakhir keular hospital dan hilang upaya berikutnya akibat daripada sebab yang sama hendaklah dianggap seolah-olah hilang upaya itu adalah yang baru.

2. **Overall Annual Limit**

Benefits payable in respect of expenses incurred for treatment provided to the Insured Person during the period of insurance shall be limited to Overall Annual Limits as stated in the Schedule of Benefits irrespective of a type/types of disability. In the event the Overall Annual Limit having been paid, all insurance for the Insured Person hereunder shall immediately cease to be payable for the remaining policy year.

**Residence Overseas**

No benefit whatsoever shall be payable for any medical treatment received by the Insured outside Malaysia, if the Insured resides or travels outside Malaysia for more than ninety (90) consecutive days.

**Had Tahunan Keseluruhan**

*Manfaat yang dibayar bagi perbelanjaan yang dikenakan untuk rawatan yang diberikan kepada Orang yang Diinsuranskan dalam tempoh insurans hendaklah dihadkan mengikut Had Tahunan Keseluruhan seperti yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat tanpa mengira jenis hilang upaya. Jika Had Tahunan Keseluruhan telah dibayar, maka semua insurans untuk Orang yang Diinsuranskan di bawah ini hendaklah dihentikan bayarannya serta-merta bagi baki tahun polisi tersebut.*

**Kediaman Luar Negeri**

*Polisi ini tidak akan membayar sebarang rawatan perubatan yang diterima oleh Orang Yang Diinsuranskan di luar negeri, jika Orang Yang Diinsuranskan bermastautin atau melancong ke luar negeri melebihi 90 hari berturut-turut.*

3. **Reasonable and Customary Charges**

Reasonable and customary charges shall mean charges for medical care which is medically necessary shall be considered reasonable and customary to the extent that it does not exceed the general level of charges being made by others of similar standing in the locality where the charge is incurred, when furnishing like or comparable treatment, services or supplies to individual of the same sex and of comparable age for a similar sickness, disease or injury and in accordance with accepted medical standards and practice could not have been omitted without adversely affecting the Insured Person's medical condition.

**Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan**

*Bayaran Munasabah dan Biasa Diamalkan* hendaklah bermaksud bayaran rawatan perubatan yang perlu dari segi perubatan, yang dianggap munasabah dan biasa diamalkan selagi bayaran itu tidak melebihi had biasa bayaran yang dibuat oleh pihak lain yang sama kedudukannya di tempat bayaran itu dikenakan, apabila memberikan rawatan, khidmat atau bekalan seumpamanya atau yang serupa kepada individu dengan jantina yang sama dan kategori umur yang sama untuk sakit, penyakit atau kecederaan serta selaras dengan piawai dan amalan perubatan yang diterima dan tidak boleh diabaikan tanpa menjejaskan keadaan perubatan Orang yang Diinsuranskan.

4. **Upgraded Room and Board Co-Payment**

If the Insured Person is hospitalized at a published Room & Board rate which is higher than his/her eligible benefits, the Insured Person shall bear 20% of the other eligible benefits described in the Schedule of Benefits.

**Bayaran Bersama Naik Taraf Bilik dan Makan Harian**

*Sekiranya Orang Yang Diinsuranskan dimasukkan ke hospital pada kadar Bilik dan Makan Harian yang lebih tinggi daripada kelayakan faedahnya, maka Orang Yand Diinsuranskan hendaklah menanggung 20% dari kelayakan manfaat lainnya seperti mana tercatat di dalam Jadual Faedah.*

## E. DEFINITIONS / DEFINISI

1. **"Pre-existing Illnesses"** shall mean disabilities that the Insured Person has reasonable knowledge of. An Insured Person may be considered to have reasonable knowledge of a pre-existing condition where the condition is one for which :-

*"Penyakit-penyakit Sedia Ada"* hendaklah bermaksud hilang upaya yang diketahui sewajarnya oleh Orang yang Diinsuranskan. Orang yang Diinsuranskan dianggap mengetahui sewajarnya keadaan sedia ada itu apabila:-

- a) the Insured Person had received or is receiving treatment; / *Orang yang Diinsuranskan telah atau sedang menerima rawatan;*
- b) medical advice, diagnosis, care or treatment has been recommended; / *nasihat perubatan, diagnosis, jagaan atau rawatan telah disyorkan*
- c) clear and distinct symptoms are or were evident; or / *gejala yang jelas dan tepat dapat atau telah dilihat dengan nyata, atau*
- d) its existence would have been apparent to reasonable person in the circumstances. / *kewujudannya dapat diperhatikan dengan jelas bagi orang yang mengalami keadaan itu*

2. **"Specified Illnesses"** shall mean the following disabilities and its related conditions, occurring within the first 120 days of Insurance of the Insured Person

*"Penyakit Tertentu"* bermaksud hilang upaya berikut dan komplikasi yang berkaitan dengannya, yang wujud dalam tempoh seratus dua puluh (120) hari pertama Insurans bagi Orang yang Diinsuranskan ::

- a) Hypertension, Diabetes Mellitus and Cardiovascular disease / *Hipertensi, Diabetes Melitus dan Penyakit Kardiovaskular*
- b) All tumors, cancers, cysts, nodules, polyps, stones of the urinary system and biliary system / *Semua tumor, Kanser, Sista, Nodul, Polip. Batu dalam sistem kencing dan system biliari*
- c) All Ear, Nose (including sinuses) and throat conditions / *Semua penyakit telinga, hidung (termasuk sinus) dan tekak*
- d) Hernias, Haemorrhoids, Fistulae, Hydrocele, Varicocele / *Hernia, Hemoroid, Fistula, Hidrosele, Varikosele*
- e) Endometriosis including disease of the Reproduction System / *Endometriosis termasuk penyakit dari system pembiakan*
- f) Verte bro-Spinal Disorders (including Disc) and Knee conditions / *Gangguan spina vertebro (termasuk diska) dan keadaan lutut*

**BENEFITS / FAEDAH**

**Hospital Room & Board (Maximum 150 days per disability)**  
*Bilik & Makan Harian (Maksimum 150 hari setiap ketidakupayaan)*

**Intensive Care Unit (Maximum 30 days per disability)**  
*Unit Rawatan Intensive (Maksimum 30 hari setiap ketidakupayaan)*

**Surgeon Fee (Includes pre-surgical & post-surgical up to 31 days)**  
*Yuran Pakar Bedah (Termasuk penilaian sebelum dan selepas pembedahan sehingga 31 hari)*

**Anaesthetist Fee / Yuran Pakar Bius**

**Operating Theatre (Charges for usage of operating theatre)**  
*Bilik Pembedahan (Perbelanjaan penggunaan bilik pembedahan)*

**Hospital Services & Supplies (Charges incurred eg. Medicines, dressing, laboratory fees, etc) / Bekalan & Khidmat Hospital (Perbelanjaan seperti ubat-ubatan, pembalutan, bayaran makmal, dll)**

**In-Hospital Physician Visit (Max 1 visit per day up to 150 days for non-surgical disability)**  
*Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (Maks 1 pemeriksaan sehari hingga 150 hari untuk hilang upaya tanpa pembedahan)*

**Pre-Hospital Diagnostic Tests (Within 31 days preceding hospital confinement)**  
*Ujian Diagnostik Pra-Hospital (Dalam tempoh 31 hari sebelum memasuki hospital)*

**Pre-Hospital Specialist Consultation (Within 31 days preceding hospital confinement)**  
*Rundingan Pakar Pra-Hospital (Dalam tempoh 31 hari sebelum memasuki hospital)*

**Emergency Accidental Outpatient Treatment (Outpatient treatment within 24 hrs of an accident and follow-up up to 14 days) / Kecemasan Pesakit Luar Akibat Kemalangan (Rawatan kecemasan akibat kemalangan dalam tempoh 24 jam selepas kemalangan dan rawatan susulan sehingga 14 hari)**

**Post-Hospitalisation Treatment (Within 31 days from discharge)**  
*Rawatan Selepas Keluar Hospital (Dalam tempoh 31 hari dari tarikh keluar)*

**Ambulance Fee / Yuran Ambulan**

**Home Nursing (Maximum 75 days per disability)**  
*Kejururawatan Dirumah (Maksimum 75 hari setiap ketidakupayaan)*

**Emergency Accidental Dental Treatment (Within 24 hrs of an accident and follow-up up to 14 days) / Kecemasan Pergigian Akibat Kemalangan (Dalam tempoh 24 jam selepas kemalangan dan rawatan susulan sehingga 14 hari)**

**Outpatient Kidney Dialysis Treatment (Per Policy Period)**  
*Rawatan Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar (Setiap Tempoh Polisi)*

**Outpatient Cancer Treatment (Per Policy Period)**  
*Rawatan Kanser Pesakit Luar (Setiap Tempoh Polisi)*

**Insured Child's Daily Guardian Benefit (Age below 15 years)**  
*Penjagaan Harian Anak yang diinsuranskan (Berusia dibawah 15 tahun)*

**Medical Report Fee / Yuran Laporan Perubatan**

**Overall Annual Limit (Per insured person per policy year for benefits stated above)**  
*Had Tahunan Keseluruhan (Setiap Orang Yang Diinsuranskan pada satu polisi setahun untuk manfaat diatas)*

**EXTENDED BENEFITS (In addition to the above in-hospital benefits)**  
**FAEDAH TAMBAHAN (Ditambah kepada perbelanjaan hospital tersebut diatas)**

**Organ Transplant / Pemindahan Organ**

**Daily Cash Allowance at government hospital (Maximum 75 days)**  
*Elaun Tunai Harian di hospital kerajaan (Maksimum 75 hari)*

A1	A2	A3	A4	A5
450	300	200	160	100
900	600	400	320	200
<p><b>As charged subject to medically necessary reasonable and customary charges incurred</b>                      Seperti yang dikenakan tertaluk kepada kos perubatan yang perlu dan berpatutan</p>				
200	150	100	80	60
8,000	6,000	4,000	3,000	2,000
30,000	25,000	20,000	15,000	10,000
50,000	40,000	25,000	15,000	10,000
600	500	400	300	200
40	40	40	40	40
150,000	100,000	80,000	50,000	40,000
<p><b>EXTENDED BENEFITS (In addition to the above in-hospital benefits)</b>  <b>FAEDAH TAMBAHAN (Ditambah kepada perbelanjaan hospital tersebut diatas)</b></p>				
20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
225	150	100	80	50

**QBE MEDI-CHARGE COVER (Continuation) / QBE MEDI-CHARGE COVER (Sambungan)**

**Annual Premium Per Person / Premium Tahunan Setiap Individu**

**Age Next Birthday / Usia Pada Tarikh Lahir Berikut**

		A1	A2	A3	A4	A5	
30 days / hari – 5 Years / Tahun	Child / Anak	Male / Lelaki	797	600	461	369	309
		Female / Perempuan	780	587	452	362	303
6 - 12 Years / Tahun	Child / Anak	Male / Lelaki	689	518	398	318	266
		Female / Perempuan	674	507	390	312	261
13 - 18 Years / Tahun	Child / Anak	Male / Lelaki	635	478	366	293	245
		Female / Perempuan	622	467	359	287	240
19 - 30 Years / Tahun		Male / Lelaki	747	557	424	338	284
		Female / Perempuan	855	637	483	384	322
31 - 40 Years / Tahun		Male / Lelaki	869	647	490	389	326
		Female / Perempuan	998	741	560	444	371
41 - 45 Years / Tahun		Male / Lelaki	1,106	820	621	490	409
		Female / Perempuan	1,228	911	688	542	452
46 - 50 Years / Tahun		Male / Lelaki	1,591	1,179	888	699	580
		Female / Perempuan	1,589	1,179	890	699	578
51 - 55 Years / Tahun		Male / Lelaki	2,356	1,743	1,309	1,025	847
		Female / Perempuan	2,259	1,675	1,260	986	811
56 - 60 Years / Tahun		Male / Lelaki	3,131	2,316	1,738	1,359	1,118
		Female / Perempuan	3,021	2,240	1,683	1,313	1,077
61- 65 Years / Tahun For Renewals only / Untuk Pembaharuan sahaja		Male / Lelaki	4,319	3,235	2,442	1,841	1,428
		Female / Perempuan	4,295	3,221	2,378	1,799	1,422

**NOTE / NOTA:**

- Premium will automatically be adjusted on entering the next age group.**  
*Premium akan dilaraskan secara automatik bila masuk ke kumpulan umur seterusnya.*
- The above premium rates are based on the assumption of normal occupational exposures and normal physical health.**  
*Kadar premium di atas adalah berasaskan dengan andaian pendedahan pekerjaan dan fizikal kesihatan yang normal.*
- Application for child/children must be accompanied by an adult.**  
*Permohonan anak/anak-anak mesti bersama dengan satu dewasa.*
- The company reserves the right to review each proposal and premium rates from time to time.**  
*Syarikat mempunyai hak untuk mengkaji semula setiap permohonan dan kadar premium dari semasa ke semasa*
- Premium is subject to 0% SST**  
*Premium adalah tertakluk kepada 0% SST*

# QBE MEDI CHARGE Cover PROPOSAL FORM

## Borang Cadangan Perlindungan QBE MEDI CHARGE



QBE Insurance (Malaysia) Berhad

Registration No.: 198701002415(161086-D)  
SST No.: B16-1808-31042744  
(Licensed under Financial Service Act 2013, regulated by Bank Negara Malaysia)  
No. 638, Level 6, Block B1, Leisure Commerce Square,  
No. 9, Jalan PJS 8/9, 46150 Petaling Jaya,  
Postal Address P.O. Box 10637, 50720 Kuala Lumpur, Malaysia.  
Phone: 03-7861 8400 Fax: 03-7873 7430  
[www.qbe.com.my](http://www.qbe.com.my) Email: [info.mal@qbe.com](mailto:info.mal@qbe.com)

### IMPORTANT NOTICE

#### NOTIS PENTING

#### 1. Pursuant to Schedule 9 of the Financial Services Act 2013:

- a) if you are applying for this Insurance wholly for yourself/family/dependants, (Consumer Insurance Contract), you have a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this Proposal Form. You must complete 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.
- b) if you are applying for this Insurance for purposes related to your trade, business or profession (Non-consumer Insurance Contract), 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.

#### 1. Menurut Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013:

- a) 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 ini. Anda dikehendaki mengisi Borang Cadangan ini dengan lengkap dan tepat. Jika sebaliknya ini boleh menyebabkan kontrak terbatal, penolakan atau pengurangan tuntutan, penukaran terma atau penamatan kontrak.
- b) sekiranya anda memohon insurans bagi tujuan berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda (Kontrak Insurans Bukan Pengguna), anda mempunyai kewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda ketahui sebagai berkaitan dengan keputusan kami dalam menerima risiko dan dalam menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai dan apa-apa perkara yang seorang yang munasabah dalam hal keadaan itu boleh dijangka untuk tahu sebagai berkaitan. Jika sebaliknya ini boleh menyebabkan kontrak terbatal, penolakan atau pengurangan tuntutan, penukaran terma atau penamatan kontrak.

Kewajipan pendedahan ini bagi Kontrak Insurans Pengguna dan Bukan Pengguna akan berterusan sehingga masa kontrak tersebut di buat, diubah atau diperbaharui.

For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the Bahasa Malaysia provision, it is hereby agreed that the English version shall prevail.

Bagi setiap tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau ketidakpastian berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan digunakan.

Cover Note No.	<input type="text"/>	Intermediary No.	<input type="text"/>	
Company name Nama Syarikat	<input type="text"/>			
Are you Registered for SST? If Yes, please provide the following Adakah anda berdaftar untuk SST? Jika Ya, sila berikan berikut	<input type="checkbox"/>	Yes / Ya	<input type="checkbox"/>	No / Tidak
SST Registration Date Tarikh Pendaftaran SST	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	SST Registration Number Nombor Pendaftaran SST	<input type="text"/>	
Company address Alamat syarikat	<input type="text"/>			
<input type="text"/>	Tel. Telefon	<input type="text"/>		
Account No. No. Akaun	<input type="text"/>	Ref. No. No. Rujukan	<input type="text"/>	

#### A. DETAILS OF APPLICANT (if different from the insured person) BUTIR-BUTIR PEMOHON (jika berbeza daripada pihak diinsuranskan)

Full name (please underline your surname or family name if you are an individual proposer)  
Nama Penuh (sila gariskan nama keluarga anda jika anda adalah pemohon individu)

Address  
Alamat

Employer's Name  
Nama Majikan

Employer's Address  
Alamat Majikan

**A. DETAILS OF APPLICANT (if different from the insured person) (Continuation)**  
**BUTIR-BUTIR PEMOHON (jika berbeza daripada pihak diinsuranskan) (Sambungan)**

Current Annual Earnings / Pendapatan tahunan anda sekarang

NRIC/Birth Cert./Passport No. / No. K.P./SB/Pasport  Date of birth / Tarikh lahir  Gender / Jantina  Male / Lelaki  Female / Perempuan

Telephone numbers / Nombor telefon (H)  (O)  (H/P)  (Email)

Marital Status / Status Perkahwinan  Married / Kahwin  Single / Bujang  Widowed / Duda/Janda Nationality / Warganegara

Height / Tinggi  cm Weight / Berat  kg \* Occupation Class / Kelas Pekerjaan

Current Occupation / Pekerjaan Sekarang

Nature of Work / Jenis Pekerjaan

Do you undertake work abroad? (If "Yes", Please give details) / Adakah anda akan terlibat dalam tugas di luar negara

What is the maximum duration of each assignment abroad? / Berapakan tempoh maximum bagi setiap tugas di luar negara?

Period of Insurance (dd/mm/yy) / Tempoh Insurans (hh/bb/tt) From / Dari  /  /  To / Ke  /  /

Plan Selected / Pelan Pilihan  A1  A2  A3  A4  A5

\* Occupation Class / Jenis Pekerjaan

Class 1 / Kelas 1 –

Persons engaged in non-manual occupations such as professional, administrative, managerial, clerical work, full time student.  
 Seseorang yang melakukan pekerjaan bukan buruh seperti tugas professional, pentadbiran, pengurusan atau perkeranian atau pelajar sepenuh masa.

Class 2 / Kelas 2 –

Persons engaged in work of supervisory nature but not involved in manual labour including housewife.  
 Seseorang yang melakukan pekerjaan bersifat penyeliaan tapi tidak melibatkan buruh kasar termasuk suri rumah.

Class 3 / Kelas 3 –

Persons engaged in either occasionally or generally in manual work or involved the use of tools or machinery.  
 Seseorang yang melakukan pekerjaan yang bersifat buruh atau melibatkan penggunaan perkakas atau jentera sama ada secara langsung atau tidak langsung.

**B. PERSONS TO BE COVERED (INCLUDING APPLICANT) / ORANG DIINSURANSKAN (TERMASUK PEMOHON)**

Applicant / Pemohon  Applicant & Children / Pemohon & Anak-anak  Applicant & Spouse / Pemohon & Pasangan  Whole Family / Sekeluarga

Name / Nama	Relationship / Perhubungan	IC/Birth Cert No. / No. KP/Surat Beranak	Date of Birth / Tarikh Lahir	Sex / Jantina	Occupation / Pekerjaan	Premium / Premium (RM)
	Applicant / Pemohon			Female / Perempuan <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/>		
	Spouse / Pasangan			Female / Perempuan <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/>		
	Child 1 / Anak 1			Female / Perempuan <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/>		
	Child 2 / Anak 2			Female / Perempuan <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/>		
	Child 3 / Anak 3			Female / Perempuan <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/>		
	Child 4 / Anak 4			Female / Perempuan <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/>		
	Child 5 / Anak 5			Female / Perempuan <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Spouse's and Child's Plan must be the same as Applicant's Plan</li> <li>Pelan Pasangan &amp; Anak haruslah sama dengan pelan Pemohon</li> </ul>				Stamp Duty / Duti Stamp	10.00	

Spouse Height / Tinggi Pasangan  cm Spouse Weight / Berat Pasangan  kg Premium Due / Premium yang perlu dibayar

Optional Deductible / Pilihan Deduktibel : RM  Per Person / Setiap Orang

Applicant / Pemohon  Spouse / Pasangan  Children / Anak

**C. PLEASE TICK (✓) ANSWER "YES" OR "NO" TO THE FOLLOWING QUESTIONS  
SILA TANDA (✓) "YA" ATAU "TIDAK" UNTUK SOALAN BERIKUT**

1. Have you ever been delared bankrupt or insolvent or subject to bankruptcy and insolvency proceedings?  
*Pernahkah anda diistiharkan nakrap atau mufliis atau tertakluk kepada prosiding kebangkrutan dan insolvensi?*  Yes / Ya  No / Tidak  
If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.
2. Have you ever had any medical or hospitalisation insurance application or renewal declined, restricted or accepted at other than normal terms?  
*Pernahkah permohonan anda untuk polisi perubatan atau hospitalisasi ditolak, dihadkan atau diterima dengan syarat-syarat bukan seperti biasa*  Yes / Ya  No / Tidak  
If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.
3. Are you currently insured under any medical or hospitalisation insurance?  
*Adakah anda memiliki insurans perubatan atau hospitalasi yang lain?*  Yes / Ya  No / Tidak  
If yes, please specify name of Company & type of Insurance. / Jika ya, sila sertakan keterangan lanjut mengenai Syarikat dan jenis Perlindungan.
4. Do you have any other policies in force where a similar benefit may be payable?  
*Adakah anda mempunyai mana-mana polisi lain dengan manfaat yang sama, berkuat kuasa pada masa yang sama?*  Yes / Ya  No / Tidak  
If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.
5. Have you ever made a claim in the past five (5) years against any insurance company in respect of any hospital insurance policy?  
*Pernahkah anda membuat tuntutan ke atas sebarang syarikat insurans berkenaan dengan sebarang polisi insurans hospital?*  Yes / Ya  No / Tidak  
If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.
6. Have you / Are you  
*Pernahkah anda*
- (a) currently taking any medication or do you have any medication prescribed?  
*(If "Yes", please provide reason including name of medication, daily dosage and length or treatment)*  Yes / Ya  No / Tidak  
*kini mengambil sebarang perubatan atau adakah anda kini diberi sebarang preskripsi perubatan? (Jika "Ya", sila berikan sebab termasuk nama perubatan, dos harian dan jangka masa rawatan)*  
If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.
- (b) suffered from any illness, disorder, or injury during the past three(3) years which has required any form of medical or specialized examination or consultation or hospitalization, or that may require future treatment?  
*mengalami apa-apa penyakit, gangguan, ataupun kecederaan dalam masa tiga (3) tahun yang lalu yang memerlukan sebarang bentuk perubatan, ataupun yang mungkin memerlukan rawatan di masa hadapan*  Yes / Ya  No / Tidak  
If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.
- (c) seen a doctor/specialist for medical or surgical advice, diagnostic test or investigation including test or treatment that has not been performed or completed?  
*berjumpa dengan doktor/pakar untuk perubatan ataupun nasihat pembedahan, ujian diagnostik ataupun penyiasatan termasuk ujian atau rawatan yang blum dijalani atau dilengkapi?*  Yes / Ya  No / Tidak  
If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.

**C. PLEASE TICK (✓) ANSWER "YES" OR "NO" TO THE FOLLOWING QUESTIONS (Continuation)**  
**SILA TANDA (✓) "YA" ATAU "TIDAK" UNTUK SOALAN BERIKUT (Sambungan)**

- (d) **currently receiving medical treatment and/or suffering from physical impairment, congenital abnormality or poor health?**  Yes / Ya  No / Tidak  
*sedang menerima rawatan perubatan dan/atau mempunyai kecacatan fizikal, keabnormalan kongenital atau kesihatan yang tidak memuaskan?*

If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.

  


- (e) **ever been treated for or have been told of having any illness, disease or injury?**  Yes / Ya  No / Tidak  
*pernah dirawat atau diberitahu sedang mengalami sebarang sakit, penyakit atau kecederaan?*

If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.

  


- (f) **suffered from or been treated, told by or consulted a medical practitioner for :**  Yes / Ya  No / Tidak  
*mengalami ataupun dirawat, diberitahu atau berunding dengan pengamal perubatan untuk :*

- **Disease or disorder of the eyes, ears, nose, mouth or throat?**  
*Penyakit ataupun gangguan mata, telinga, hidung, mulut atau tekak?*

If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.

  


- **Fits, epilepsy, recurrent dizziness or headaches, fainting, sclerosis, mental or nervous disorder, heart attack, stroke, paralysis, depression, anxiety, psychiatric or psychological disorder, blackout or of any kind?**  Yes / Ya  No / Tidak

*Sawan, epilepsi, pening atau sakit kepala berulang, pengan, sklerosis, gangguan mental atau saraf, sakit jantung, strok, kelumpuhan, kemurungan, keimbangan, psikiatri ataupun psikologi, pitam atau apa-apa jenis yang berkaitan dengannya?*

If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.

  


- **Persistent cough, asthma or shortness of breath, bronchitis, tuberculosis or other respiratory disorder?**  Yes / Ya  No / Tidak

*Batuk berterusan, asma atau sesak nafas, bronkitis, tuberkulosis atau gangguan pernafasan?*

If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.

  


- **Heart disorder, chest pain or discomfort or tightness, palpitation, high blood pressure, rheumatic fever, anaemia or disorder of the blood, other diseases of the heart or blood vessels or any form of circulatory disorders?**  Yes / Ya  No / Tidak

*Gangguan jantung, sakit dada atau ketidakselesaan atau sesak, debaran jantung, tekanan darah tinggi, demam reumatik, anaemia atau gangguan darah, atau apa-apa penyakit berkaitan jantung atau saluran darah atau apa-apa bentuk gangguan peredaran darah?*

If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.

  


- **Persistent stomach, abdominal or gastric pain, hernia, prostate conditions, hemorrhoids or piles?**  Yes / Ya  No / Tidak

*Sakit perut yang berterusan, sakit di bahagian perut atau gastrik, hernia, masalah prostat, atau buasir?*

If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.

  


- **Stones in the urinary and biliary systems and cholecystitis?**  Yes / Ya  No / Tidak

*Batu di dalam sistem pembuangan air kecil dan hempedu dan cholecystitis?*

If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.

  


- **HIV (human immunodeficiency virus), AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) or other sexually transmitted disease?**  Yes / Ya  No / Tidak

*HIV (human immunodeficiency virus), AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) atau penyakit kelamin yang lain?*

If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.



**C. PLEASE TICK (✓) ANSWER “YES” OR “NO” TO THE FOLLOWING QUESTIONS (Continuation)**  
**SILA TANDA (✓) “YA” ATAU “TIDAK” UNTUK SOALAN BERIKUT (Sambungan)**

- **Diabetes mellitus, thyroid conditions, hepatitis of any kind or jaundice?**  Yes / Ya  No / Tidak  
*Diabetes mellitus, masalah tiroid, apa-apa jenis hepatitis atau penyakit kuning?*  
**If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.**



- **Tumours, cancer, cysts, nodules, polyps, growth and lumps of any kind including malignant blood/leukemia?**  Yes / Ya  No / Tidak  
*Tumor, barah, sista, nodul, polip, pertumbuhan dan apa-apa jenis ketulan termasuk darah malignan/leukemia?*  
**If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.**



- **Rheumatism, a “slipped disc”, arthritis, gout or disorder of the muscles or joints, spinal disorder or back pain?**  Yes / Ya  No / Tidak  
*Rheumatism, cakera tergelincir, artritis, gout atau gangguan otot atau sendi, gangguan tulang elakang atau sakit belakang?*  
**If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.**



- **Varicose veins or deep vein thrombosis?**  Yes / Ya  No / Tidak  
*Urat Varikos atau urat trombosis dalam?*  
**If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.**



- **Liver disorders?**  Yes / Ya  No / Tidak  
*Gangguan hati?*  
**If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.**



- **Conditions affecting the kidney?**  Yes / Ya  No / Tidak  
*Keadaan yang mempengaruhi buah pinggang?*  
**If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.**



- **Any illness, disease, injury, disabilities or amputation not mentioned above?**  Yes / Ya  No / Tidak  
*Mana-mana penyakit, jangkitan, kecederaan, kurang keupayaan ataupun amputasi yang tidak disebut di atas?*  
**If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.**



- **Do you smoke any form of tobacco?**  Yes / Ya  No / Tidak  
*Adakah anda merokok sebarang bentuk tembakau?*  
**If yes, please advise type and daily consumption? / Jika “Ya”, sila nyatakan jenis dan penggunaan harian.**



**If no, please advise how long have you been a non-smoker? / Jika “Tidak”, sila nyatakan tempoh anda tidak merokok**



- **Have any of your close relatives suffered heart disease, stroke, cancer, kidney disease, or other serious condition or disease.**  Yes / Ya  No / Tidak  
*Adakah sesiapa dari keluarga atau saudara-mara yang mengalami penyakit jantung, strok, barah, penyakit buah pinggang, ataupun keadaan atau penyakit lain yang serius?*  
**If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.**

**C. PLEASE TICK (✓) ANSWER "YES" OR "NO" TO THE FOLLOWING QUESTIONS (Continuation)**  
**SILA TANDA (✓) "YA" ATAU "TIDAK" UNTUK SOALAN BERIKUT (Sambungan)**

- Have you or any persons to be Insured Person ever undergone any surgery during the past three (3) years?  Yes / Ya  No / Tidak  
Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan pernah menjalani pembedahan dalam tempoh tiga (3) tahun lalu?

If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.

  

- Have you or any person to be Insured Person had any surgery planned in the next six (6) months?  Yes / Ya  No / Tidak  
Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan merancang sebarang pembedahan dalam masa enam (6) bulan yang akan datang?

If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.

  

7. Do you or any person to be Insured Person suffered from any physical impairment, infirmity or abnormality or congenital conditions?  Yes / Ya  No / Tidak  
Adakah anda atau Orang yang Diinsuranskan mengalami mengalami apa-apa Gangguan Fizikal, Keuzuran atau Keabnormalan atau keadaan Kongenital?

If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.

  

8. Have you or any persons to be Insured Person in the past twelve (12) months ever had or been advised to have any electrocardiogram, x-ray, blood or urine test, biopsy or other diagnostic test?  Yes / Ya  No / Tidak  
Pernahkah anda atau Orang Yang Diinsurans dalam masa dua belas (12) bulan yang lepas menjalani atau dinasihatkan menjalani sebarang Elektrokardiogram, sinaran-X, Ujian Darah atau Kencing, Biopsi atau Ujian Diagnostik yang lain?

If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.

  

9. Have you or any person to be Insured Person at any time had any symptoms for more than a week continuously unexplained recurrent diarrhea, unusual skin lesions, continuous significant weight loss or weight gain?  Yes / Ya  No / Tidak  
Pernahkah anda atau Orang Yang Diinsurans pada bila-bila masa menunjukkan tanda-tanda, dalam masa lebih satu minggu berturut-turut, Cirit-birit yang berulang, Luka-luka Kulit Luar Biasa, kehilangan atau kenaikan berat badan yang mendadak secara berterusan?

If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.

  

10. Apart from any matter you have already described, are you in and do you generally enjoy good health?  Yes / Ya  No / Tidak  
Selain daripada apa-apa perkara anda telah diterangkan, adakah anda menikmati kesihatan yang baik?

If no, please give details. / Jika tidak, sila sertakan keterangan.

  

11. (a) Female applicants / Pemohon Perempuan:

- Are you now pregnant? If "Yes" how many months?  Yes / Ya  No / Tidak  
Adakah anda sedang hamil? Jika "Ya" berapa bulan?

- Have you ever had disease of the breast, female organs, menstrual, abnormal pap smear(s) or complications at child-birth?  Yes / Ya  No / Tidak  
Pernahkah anda menghidapi sebarang penyakit payudara, alat kelamin, masalah haid, masalah pap smear yang abnormal atau komplikasi semasa melahirkan anak?

If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.

**C. PLEASE TICK (✓) ANSWER "YES" OR "NO" TO THE FOLLOWING QUESTIONS (Continuation)**  
**SILA TANDA (✓) "YA" ATAU "TIDAK" UNTUK SOALAN BERIKUT (Sambungan)**

11. (b) For children below two (2) years old / Kanak-kanak di bawah umur 2 tahun:

- Was this child born premature or pre-term?

Adakah kanak-kanak ini lahir secara pra-matang atau tidak cukup bulan?

Yes / Ya

No / Tidak

- What was the birth weight?

Apakah berat kelahiran?

Yes / Ya

No / Tidak

- Duration of hospital stay after birth?

Tempoh tinggal di hospital selepas lahir?

Yes / Ya

No / Tidak

- Currently, any residual complications or impairment?

Sehingga masa ini, apa-apa komplikasi sisa atau kecacatan?

Yes / Ya

No / Tidak

If yes, please give details. / Jika ya, sila sertakan keterangan.



12. (a) When was the last time you consulted a doctor?

Bilakah anda menerima konsultasi doktor yang terakhir?

(b) What was the reason for the consultation?

Apakah sebab konsultasi tersebut?



(c) Name and Address of your regular doctor/clinic

Nama dan alamat doktor/klinik anda yang biasa




13. We may ask you additional questions if required. / Kami mungkin akan bertanyakan beberapa soalan tambahan jika perlu.

14. The questions on this proposal form and any other details we specifically request relate to facts which we consider material to underwriting this insurance. However, because no list of questions can be exhaustive, please consider whether there is any other material information which is known to you which could influence our assessment and acceptance of the risk.

Soalan-soalan pada borang cadangan dan lain-lain butiran yang diminta secara khusus berkaitan 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.

**D. DECLARATION AND SIGNATURE / PENGESAHAN DAN TANDATANGAN**

**(i) Privacy Statement -**

*Kenyataan Privasi -*

I understand that the personal data provided to purchase the above insurance will be used by QBE Insurance (Malaysia) Berhad to facilitate the performance of the function as an insurance company. I allow QBE Insurance (Malaysia) Berhad to collect, use and disclose my personal data to selected third parties in or outside Malaysia, in accordance with Privacy Policy Statement which is posted at our website [www.qbe.com.my](http://www.qbe.com.my).

*Saya memahami Maklumat peribadi yang Anda bekalkan sebagai seorang individu untuk membeli insuran tersebut diatas akan digunakan oleh QBE Insurance (Malaysia) Berhad untuk memudahkan pelaksanaan fungsi sebagai syarikat insurans. Saya membenarkan QBE Insurance (Malaysia) Berhad untuk mengumpul, mengguna dan memberi data peribadi saya kepada pihak ketiga terpilih yang terletak di dalam atau di luar Malaysia, selaras dengan Kenyataan Polisi Privasi kami yang dipaparkan dalam laman sesawang [www.qbe.com.my](http://www.qbe.com.my).*

**(ii) I/We do hereby declare that**

*Saya/Kami dengan ini mengesahkan bahawa*

**1. I/We understand that it is my/our duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this Proposal Form and I/we hereby declare that I/we have fully and accurately answered the questions above.**

*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.*

**2. I/We hereby authorise, any hospital, surgeon, medical practitioner or clinic or other person who attends to me/Inured Person for any reason to disclose to the insurance company any and all information with respect to any illnesses or injury and to provide copies of all hospital or medical records/certifications, including any earlier medical history. A photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.**

*Saya/Kami dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik ataupun individu lain yang datang kepada saya/orang yang diinsuranskan untuk apa tujuan sekalipun untuk memberikan syarikat insurans apa-apa dan semua butir-butiran berhubung dengan mana-mana penyakit atau kecederaan dan memberikan semua salinan rekod/sijil hospital atau perubatan, termasuk mana-mana sejarah perubatan. Salinan fotostat pemberikuasaan ini akan diambil kira sebagai berkesan dan sah sebagai asli.*

**3. This application and declaration hereby given shall be the basis of the contract with the Company and I will accept the terms, exclusions and conditions which will be set out in the policy to be issued.**

*Permohonan dan pengesahan ini adalah asas polisi dengan Syarikat dan saya akan menerima terma, pengecualian dan syarat yang dinyatakan dalam polisi yang akan diisukan.*

**4. The liability of the Company does not commence until the application has been accepted.**

*Liabiliti Syarikat tidak bermula sehingga permohonan telah diterima.*

**5. I/We further agree that QBE Insurance (Malaysia) Berhad and/or its holding company can share and use my/our data and personal information for the purpose of promoting the Company's and/or its holding company's products, new services and support requirement; and marketing campaigns and activities and commercial transitions.**

*Saya/Kami seterusnya bersetuju bahawa QBE Insurance (Malaysia) Berhad dan/atau syarikat induk berhak untuk berkongsi dan menggunakan data dan maklumat peribadi saya/kami bertujuan untuk mempromosikan produk, perkhidmatan baru dan keperluan sokongan; dan aktiviti urus niaga komersil yang dikendalikan oleh pihak Syarikat dan/atau syarikat induk.*

Yes / Ya  No / Tidak

**Signature of Applicant**

*Tandatangan Pemohon*

**Date (dd/mm/yy)**

*Tarikh (hh/bb/tt)*

/ /

**Name Of Applicant**

*Nama Pemohon*

**Name of Intermediary**

*Nama Wakil Syarikat*

**Business Address & Telephone no.**

*Alamat Perniagaan & No. telefon*

**E. DECLARATION BY AGENT / BROKER / OFFICER (STAFF OF INSURANCE COMPANY)  
PERAKUAN OLEH EJEN / BROKER / PEGAWAI (KAKITANGAN PENANGGUNG INSURANS)**

In compliance with Section 16(2) of the Anti-Money Laundering and Anti-Terrorism Financing and Proceeds of Unlawful Activities Act 2001  
Selaras dengan pematuhan Seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang dan Pencegahan Pembiayaan Keganasan 2001

1. I/We hereby certify that the Proposer's original NRIC was verified and authenticated by me/us at the point of sale.  
*Saya/Kami dengan ini mengesahkan bahawa Kad Pengenalan (KP) asal pencadang telah disahkan ketulenannya ketika urusan di jalankan*
2. I/We have maintained a copy of the NRIC of the applicant of individual policies where premium is more than RM50,000.00.  
*Satu salinan KP telah disimpan bagi pemohon yang mengambil polisi insurans individu yang mana premiumnya melebihi RM50,000.00.*

Name / Nama

NRIC No / No. KP

Signature &  
Company Stamp  
Tandatangan &  
Cop Syarikat

Date: (dd/mm/yy)  
Tarikh (hh/bb/tt)

**F. CHECKLIST / SENARAI SEMAK**

The intermediary has explained to me the following important features as contained in the policy document of the HIS policy being purchased:-  
*Wakil syarikat telah menerangkan kepada saya mengenai perkara-perkara penting di bawah seperti yang terkandung di dalam polisi HSI yang dibeli:-*

- Benefits payable under the policy.**  
*Manfaat-manfaat yang dibayar dibawa polisi tersebut.*
- Significant medical or technical exclusions or restrictions applicable.**  
*Terdapat juga pernyataan perubatan atau penolakan atau batasan secara teknik.*
- Limits of benefits (e.g. % of costs covered by the policy, co-payment, ceiling to total claim costs and deductible amounts)**  
*Lingkungan manfaat (seperti % kos perlindungan dibawah polisi tersebut, pembayaran, kos tuntutan keseluruhan dan amaun yang boleh dipotong)*
- I need more information on the exclusions and limitations in the benefits**  Yes / Ya  No / Tidak  
*Saya memerlukan infomasi lanjut mengenai pengecualian dan tahap faedah*
- Amounts of premiums payable and the payable term.**  
*Amaun pembayaran premium dan syarat-syarat yang boleh di bayar.*
- Nature and extent of the insurer's right to review and revise the premiums payable, and the notice to be given by the insurer in the event of any revision.**  
*Syarikat penanggung insuran mempunyai kuasa dan hak untuk mengulas dan menyemak semula pembayaran premium dan juga notis yang akan dikeluarkan oleh syarikat penanggung insuran jika terdapat sebarang perubahan keatas pembayaran premium.*
- Pre-existing conditions, specified illnesses and waiting period and the relevant periods applicable.**  
*Penyakit-penyakit sedia ada, penyakit-penyakit khusus dan kelayakkan tempoh dan perkaitan tempoh yang dibenarkan.*
- Possible conditions that would lead the following scenarios on the policy renewals :-**  
*Untuk pembaharuan polisi secara tahunan, samada pembaharuan polisi kepada senario berikut :-*
- A policy is renewed according to the age band based on the policyholder's next birthday and with a increased premium upon entering the next age band.**  
*Polisi dibaharui mengikut kumpulan umur berdasarkan hari lahir pemegang polisi seterusnya dan polisi tersebut akan dibaharui dengan kenaikan premium bila masuk ke kumpulan umur seterusnya.*
- As long as no claims has been made, the policy can be renewed up to age 65 years and the company can vary the terms on renewals.**  
*Sekiranya tiada tuntutan dibuat polisi akan dibaharui sehingga umur 65 tahun berserta syarat-syarat dan terma baru.*
- A policy is not renewed when the insured has exceeded the eligible age or the policy has lapsed. Please ensure that you renew your policy before the expiry date, otherwise the policy will automatically lapse. After the expiry date, should you then require cover, it shall be treated as a NEW Policy and shall be subjected to the usual 30 days Waiting Period, the Exclusion, Specified Illness and Pre-existing Conditions, under the policy.**  
*Polisi tidak dibaharui apabila umur orang yang diinsuranskan melebihi kumpulan umur yang layak ataupun polisi telah luput. Sila pastikan anda mambaharui polisi anda sebelum tarikh tamat tempoh, jika tidak, polisi dianggap telah luput. Jika anda mahu memperbaharui polisi anda setelah tarikh tamat tempoh, ianya akan dianggap sebagai polisi BARU dan hendaklah mematuhi 30 hari tempoh menunggu, pengecualian, penyakit-penyakit khusus dan penyakit-penyakit sedia ada yang termaktub di dalam polisi.*
- I understand if I switch policy from one insurer to another or transferring from one type of HSI plan to another, it is subject to the consideration and acceptance of the individual insurer.**  
*Implikasi yang akan dihadapi jika menukar polisi dari satu syarikat kepada syarikat yang lain atau pemindahan pelan HSI.*
- A "free-look period/ cooling-off period" of 15 days given for a policy owner to review the suitability of the HSI product. If the policy is returned to the insurer during this period, the full premium would be refunded to me less deduction of administrative expenses incurred by the Company in the issue of the Policy.**  
*15 hari "tempoh percubaan percuma /cooling-off period" diberi kepada saya untuk mengulas kesesuaian produk HSI yang dibeli. Jika polisi tersebut dihantar semula kepada syarikat penanggung insuran dalam tempoh yang tersebut, premium penuh akan dipulangkan kepada saya setelah ditolak pembelanjaan pentadbiran yang dikenakan oleh Syarikat.*
- The right of any insurer to repudiate liability in the event that I failed to disclose relevant information that would affect the decision of the insurer to accept or reject the risk, and on the premiums and terms to be applied to me.**  
*Syarikat penanggung insurans berhak untuk menolak liabiliti jika saya gagal untuk melampirkan infomasi berkaitan yang boleh mempengaruhi pihak syarikat membuat sebarang keputusan keatas premium yang akan dibayar dan syarat-syarat yang akan dikenakan ataupun menerima atau menolak permohonan tersebut.*

**G. PAYMENT OPTIONS / CARA PEMBAYARAN**

Premium Due  Premium

(Inclusive of RM10.00 Stamp Duty)  
(Termasuk Duti Setem RM10.00)

Paid by:  Cash  
Dibayar oleh:  Tunai

Bank Transfer  
Pemindahan bank

Please transfer the premium to QBE Bank Account:  
Sila pindahkan premium ke Akaun Bank QBE:

HSBC Bank Malaysia Berhad  
2 Lebu Ampang, 50100 Kuala Lumpur

Account Name: QBE Insurance (Malaysia) Berhad  
Nama akaun:

Account No.: 301-231361-001 SWIFT Code: HBMBMYKL  
Nombor akaun: Kod SWIFT:

Kindly email the payment details and contact no. to

Sila e-mel butiran pembayaran dan hubungi no. kepada  
[finance.collection@qbe.com.my](mailto:finance.collection@qbe.com.my)

Credit Card  
Kad kredit

Card holder's Name  
Nama pemegang kad

Card Number  
Nombor kad

Visa

Master

Issuance Bank  
Bank Penerbitan

Expiry Date  
Tarikh Tamat

Cardholder's  
Signature  
Tandatangan  
Pemegang Kad

Date  
Tarikh