Proposal Form/Borang Cadangan

Medical Insurance

TOKIO MARINE INSURANCE GROUP

Agent's Code
Kod Ejen _____

Cover Note No.
No. Nota Perlindungan _____

Policy No.
No. Polisi _____

Information collected in this proposal form shall be used in connection with the Company's purposes and course of business only.
Maklumat yang diperolehi di dalam borang cadangan hanya boleh digunakan dengan tujuan dan untuk urusan perniagaan Syarikat sahaja.

Please write in block letters and tick (✓) in the appropriate boxes. Kindly attach separate sheet if space is insufficient.
Sila tulis dalam huruf besar dan tandakan (✓) pada kotak yang sesuai. Sila lampirkan kertas berasingan sekiranya kekurangan ruang.

Particulars of Proposer / *Butir-butir Pemohon*

Name of Proposer
Nama Pemohon _____

NRIC/Passport
Nombor KP/Pasport _____

Business Registration No.
Nombor Pendaftaran Perniagaan _____

Tax Identification No. (TIN)
Nombor Pengenalan Cukai (TIN) _____

Nationality
Warganegara _____

Race
Bangsa _____

Telephone No.: Home
No. Telefon: Rumah _____

Office
Pejabat _____

Mobile
Telefon Bimbit _____

Email
Emel _____

Marital Status/
Status Perkahwinan
☐ Single /*Bujang* ☐ Married /*Berkahwin*
☐ Divorced /*Bercerai* ☐ Widowed /*Duda/Janda*

Residential Address
Alamat Tempat Tinggal _____

_____ Postcode
Poskod _____

Name & Address of Employer
Nama & Alamat Majikan _____

_____ Postcode
Poskod _____

Details of Insurance / *Butir-butir Insurans*

Product: ☐ Medic Plus ☐ Premier Medic Partner
Product:

Optional: EMAS Program/*Program EMAS*
☐ Yes/*Ya*
(at RM 20.00 per person/*RM 20.00 seorang*)

Particulars of Person To Be Insured / *Butir-butir Peribadi Orang Yang Diinsuranskan*

Name (as per I/C or Birth Cert) *Nama (seperti dalam Kad Pengenalan/Sijil Kelahiran)*	Nationality *Warganegara*	Occupation *Pekerjaan*	(Optional/*Opsyenal*) Annual Income *Pendapatan Tahunan* (Please select/*Sila pilih*) 0 - No Income/*Tiada Pendapatan* 1 - <RM25,000 2 - RM25,000 - RM49,999 3 - RM50,000 - RM99,999 4 - >= RM100,000	Gender *Jantina*	Date of Birth *Tarikh Lahir*	NRIC No./ Birth Cert. No. *No. KP/No.Sijil Kelahiran*	Height/ *Tinggi* (cm)	Weight/ *Berat* (kg)	Plan *Pelan*	Premium *Premium* (RM)
Proposer/*Pemohon*										
Spouse/*Suami/Isteri*										
Child/*Anak*										
Child/*Anak*										
Child/*Anak*										

Sub-total / *Jumlah Kecil*	
8% Service Tax for Corporate policy / *8% Cukai Perkhidmatan untuk polisi Korporat*	
Stamp Duty / *Duti Setem*	10.00
Total Premium / *Jumlah Premium*	

Subject to RM10 stamp duty, and 8% Service Tax where applicable.
Tertakluk duti setem RM10, dan Cukai Perkhidmatan sebanyak 8% jika perlu.

Tokio Marine Insurans (Malaysia) Berhad
198601000381 (149520-U)
Level 20, Menara Hap Seng 3, Plaza Hap Seng, No. 1, Jalan P. Ramlee, 50250 Kuala Lumpur, Malaysia.
T: (03) 2027 8200 / 2789 8800 F: (03) 2022 2295 Customer Service Hotline: 1800 88 0812
tokiomarine.com

A member of the Tokio Marine Group

Health Questionaires / *Soal Selidik Kesihatan*

Please answer all the following questions. These questions are applicable to you, your spouse and children (if insured). Please ensure that you fully disclose any known or suspected conditions and symptoms experienced in this proposal form. Please tick (✓) in the appropriate boxes.
Sila jawab semua soalan berikut. Soalan-soalan ini berkaitan dengan anda, suami/isteri dan anak anda, (jika diinsuranskan). Sila pastikan anda mendedahkan sepenuhnya apa-apa keadaan kesihatan yang diketahui atau disyaki dan gejala yang pernah dialami di dalam borang cadangan ini. Sila tandakan (✓) pada kotak yang sesuai.

	Yes *Ya*	No *Tidak*
1. Are you or any persons to be insured currently insured under any Medical or Health Policy? If 'Yes', please attach a copy of the policy schedule. *Adakah anda atau mana-mana orang yang hendak diinsuranskan kini diinsuranskan di bawah mana-mana polisi Perubatan atau Kesihatan? Jika Ya, sila lampirkan satu salinan jadual polisi.*	☐	☐
2. Have you or any persons to be insured had any application or renewal for Medical/Health of Life insurance declined, restricted or accepted at other than normal terms? If 'Yes', please provide the following: *Pernahkah anda atau mana-mana orang yang hendak diinsuranskan mempunyai mana-mana permohonan atau pembaharuan insurans Perubatan/Kesihatan atau Hayat yang ditolak, dihadkan atau diterima dengan terma-terma yang lain daripada yang biasa? Jika Ya, sila nyatakan yang berikut:*	☐	☐

Name of Person *Nama Individu*	Insurer *Nama Penanggung Insurans*	Reasons *Sebab*	Date *Tarikh*

3. Have you or any persons to be insured had ever made a claim against any insurance company, SOCSO or employer (for an inpatient for an injury or illness) within the last five (5) years ? *Adakah anda atau tanggungan anda yang akan dilindungi pernah membuat sebarang tuntutan terhadap mana-mana syarikat insurans, PERKESO, atau majikan (untuk kecederaan atau penyakit yang pesakit perlu diwadkan) dalam tempoh lima (5) tahun yang lalu?*	☐	☐
4. Do you or any persons to be insured suffered from or presently has any physical defect, hereditary disease, infirmity or congenital conditions ? *Adakah anda atau tanggungan anda yang akan dilindungi mengidap atau kini menghidapi sebarang kecacatan fizikal, penyakit keturunan, tahap kesihatan yang lemah atau penyakit kongenital?*	☐	☐
5. Have you or any persons to be insured ever been advised to have diagnostic test, hospital confinement, surgical procedure, medication or treatment that has not been performed or completed? *Adakah anda atau tanggungan anda yang akan dilindungi pernah dinasihatkan supaya menjalani ujian diagnostik, dimasukkan ke hospital, prosedur pembedahan, ubat-ubatan atau rawatan yang belum dilaksanakan atau disempurnakan?*	☐	☐
6. Have you or any persons to be insured ever suffered from or been told you have and/or receiving medical treatment for the following within the last five (5) years: *Adakah anda atau tanggungan anda yang akan dilindungi pernah menghidap atau diberitahu yang anda ada dan/atau menerima rawatan perubatan seperti berikut dalam tempoh lima (5) tahun yang lalu:*		
a. Rheumatic fever, hypertension, raised cholesterol, chest pain, heart palpitations, heart attack, shortness of breath, stroke or other disease of the heart or circulatory-system disease? *Demam reumatik, tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, sakit dada, palpitasi, serangan penyakit jantung, sesak nafas, strok atau sebarang penyakit jantung atau sistem saluran darah?*	☐	☐
b. Diabetes, sugar in the urine, disease of goitre, thyroids or pancreas, disease of any endocrine or other glands? *Kencing manis, gula dalam air kencing, penyakit goiter, tiroid atau pankreas, sebarang penyakit endokrin atau kelenjar lain?*	☐	☐
c. Asthma, pneumonia, tuberculosis or any lung disease? *Asma, radang paru-paru, tibi atau penyakit paru-paru?*	☐	☐
d. Peptic ulcer, persistent stomach, abdominal or gastric pain? *Ulser peptik, sakit perut atau gastrik yang berterusan?*	☐	☐
e. Hepatitis, liver or gall-bladder disease? *Hepatitis, penyakit hati atau hempedu?*	☐	☐
f. Disease of kidney, prostate or genital-urinary system? *Penyakit buah pinggang, prostat atau penyakit genitor-urinari?*	☐	☐
g. Cancer, cyst, growth or tumour (benign or malignant) of any kind, disorder of blood or skin diseases? *Kanser, sista, ketumbuhan atau sebarang jenis tumor (benign atau malignan) , gangguan darah atau penyakit kulit?*	☐	☐
h. Arthritis, gout, rheumatism or disease of the muscle, bones, knee, joints, backache or spine disorder? *Artritis, gout, penyakit sendi atau sebarang penyakit otot, tulang, lutut , sendi , sakit belakang atau gangguan tulang belakang?*	☐	☐
i. Cataract, glaucoma or retinal detachment? *Katarak, glukoma or kelekangan retina?*	☐	☐
j. Epilepsy, fits, mental disorder, disease of the brain or nervous system? *Epilepsi, sawan, gangguan mental, penyakit otak atau sistem saraf?*	☐	☐

Name of Proposer
Nama Pemohon _____

		Yes *Ya*	No *Tidak*
k.	Endometriosis fibroid, ovarian cyst, heavy menstruation inclusive abnormal pap smear test which require annual follow up, gynaecological disease, venereal disease? *Endometriosis fibroid,sista ovari, pendarahan haid yang berlebihan termasuk keputusan tidak normal atas ujian pap smear yang memerlukan rawatan susulan tahunan, sakit puan, penyakit kelamin yang berjangkit?*	☐	☐
l.	Unoperated haemorrhoid, fistula-in-ano and recurrence perianal abscess? *Buasir yang belum dibedah, fistula-in-ano dan bisul yang berulang di sekitar anus?*	☐	☐
m.	Any other illness, disease, disorder, disability or accident not mentioned above? *Sebarang penyakit lain, masalah/ gangguan, hilang upaya atau kemalangan yang tidak disebutkan di atas?*	☐	☐

7. If you answered "YES" to any of the question (3) to (6), please provide details below: (if more space is required, please write on separate sheet of paper and attach herewith).
Jika anda menjawab "YA" kepada mana-mana soalan (3) hingga (6), sila berikan butiran terperinci di bawah: (jika ruang tambahan diperlukan, sila tulis di atas helaian kertas yang lain dan sertakan bersama-sama borang ini).

Name of person *Nama Individu*	Nature of Disability & Type of Treatment *Penyakit & Jenis Rawatan*	First date of Treatment *Tarikh Rawatan Terawal*	Last date of Treatment *Tarikh Rawatan Terakhir*	Present State of Disability *Keadaan Penyakit Sekarang*	Name & Address of Doctor/Hospital *Nama & Alamat Doktor/Hospital*

8. Any family/regular doctor/clinic/hospital which you have consulted with or received medical treatment in the past three (3) years? ☐ ☐
Adakah doktor keluarga/yang biasa dilawati atau doktor/klinik/hospital yang anda pernah mendapatkan perundingan atau menerima rawatan perubatan dalam tempoh tiga (3) tahun yang lalu?

If you answered "YES", please provide details below / *Jika anda menjawab "YA", sila berikan butiran terperinci di bawah :*

Name of doctor and clinic/hospital
Nama doktor dan klinik/hospital : _____

Last consultation date
Tarikh perundingan terakhir : |_|_|_|_|_|_|_|_| D D M M Y Y Y Y

Reason for consultation
Sebab untuk perundingan: _____

Checklist on Product Disclosure and Transparency in the Sale of Medical and Health Insurance Policies
Senarai Semak Pendedahan Produk dan Ketelusan dalam Jualan Polisi Insurans Perubatan dan Kesihatan

The insurer/intermediary has explained to me the following essential information and features as contained in the Medical Insurance policy being purchased:-
Penanggung insurans/perantara telah menerangkan kepada saya mengenai maklumat dan ciri-ciri penting berikut seperti yang terkandung dalam polisi insurans Perubatan yang dibeli:-

- Benefits payable under the policy and its limits. / *Manfaat yang akan dibayar di bawah polisi ini dan had-hadnya.*
- Significant medical or technical exclusions or restrictions applicable such as Pre-Existing Conditions, Specified lllnesses and Qualifying Period and the relevant period applicable.
Batasan perubatan atau teknikal penting atau pengecualian yang berkaitan seperti Penyakit Sedia Ada, Penyakit Tertentu dan Tempoh Layak dan tempoh relevan yang dikenakan.
- Limits of benefits (e.g. % of costs covered by the policy, co-payment, ceiling to total claim costs, deductible amounts, etc.)
Had manfaat (contohnya % kos yang dilindungi oleh polisi, bayaran bersama, had maksima ke atas jumlah kos tuntutan, amaun deduktibel, dan sebagainya.)
- 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.
Jenis dan takat hak penanggung insurans untuk mengkaji dan menyemak semula premium yang perlu dibayar, dan notis yang akan diberi oleh penanggung insurans sekiranya dibuat sebarang semakan.
- For yearly renewable policies, whether policy renewal is guaranteed. / *Bagi polisi yang boleh diperbaharui setiap tahun, sama ada pembaharuan polisi dijamin.*
- Conditions that would lead the following scenarios on policy renewals: / *Keadaan yang akan menyebabkan senario berikut wujud ketika pembaharuan polisi:*
  - A policy is renewed with an increased premium; / *Polisi diperbaharui dengan kadar premium ditingkatkan;*
  - A policy is not renewed; or / *Polisi tidak diperbaharui; atau*
  - Policy terms, conditions and exclusions may differ on renewal. / *Terma, syarat dan pengecualian polisi mungkin berbeza ketika pembaharuan.*

Name of Proposer
Nama Pemohon _____

- Likely implications of switching policy from one insurer to another or transferring from one type of MHI plan to another.
  Kemungkinan implikasi untuk menukar polisi daripada satu penanggung insurans kepada penanggung insurans yang lain atau berpindah daripada satu jenis pelan MHI kepada pelan yang lain.
- The right of an insurer to repudiate liability in the event that I have 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.
  Hak penanggung insurans untuk menolak liabiliti sekiranya saya gagal untuk memberikan maklumat berkaitan yang boleh mempengaruhi keputusan penanggung insurans untuk menerima atau menolak risiko, dan ke atas premium dan terma yang akan dikenakan terhadap saya.
- A 'Free-Look Period' of 15 days will be given to me to review the suitability of the insurance. If I decided to cancel the policy within 15 days from delivery date, I am entitled to a full refund of premium paid less any medical examination expenses incurred, if applicable.
  'Tempoh Bertenang' selama 15 hari akan diberi kepada saya untuk mengkaji kesesuaian polisi insurans. Sekiranya saya membuat keputusan untuk membatalkan polisi dalam tempoh 15 hari dari tarikh penyerahan polisi, saya berhak mendapat bayaran balik penuh premium yang telah dibayar tolak apa-apa perbelanjaan pemeriksaan perubatan yang ditanggung, jika berkenaan.

- Refund of premium upon cancellation whereby I will be refunded a percentage of the premium provided there was no claim made on the policy during the current policy year. The amount of premium refund shall be based on the duration the policy has been in force:
  Bayaran balik premium daripada pembatalan polisi dimana saya akan dibayar balik peratusan premium dengan syarat tiada tuntutan dibuat ke atas polisi pada tahun polisi semasa. Jumlah bayaran balik premium adalah berdasarkan tempoh polisi berkuatkuasa:

Period not exceeding ***Tempoh tidak melebihi***	**Refund of Annual Premium** ***Bayaran balik premium tahunan***
15 days/*hari* (for renewal only/*untuk pembaharuan sahaja*)	90%
1 month/*bulan*	80%
2 months/*bulan*	70%
3 months/*bulan*	60%
4 months/*bulan*	50%
5 months/*bulan*	40%
6 months/*bulan*	30%
7 months/*bulan*	25%
8 months/*bulan*	20%
9 months/*bulan*	15%
10 months/*bulan*	10%
11 months/*bulan*	5%
Exceeding 11 months *Melebihi 11 bulan*	No refund *Tiada bayaran balik*

Client's Declaration and Acknowledgement / *Pengakuan dan Pengesahan Pelanggan*

- I acknowledge that I understand the information disclosed to me and am aware that the brochure is for illustrative purposes only and the details of the terms and features of the insurance are available in the policy documents.
  Saya mengesahkan bahawa saya memahami maklumat yang dinyatakan kepada saya dan saya mengetahui risalah ini adalah untuk tujuan ilustrasi sahaja dan butir-butir mengenai ciri-ciri penting polisi boleh didapati di dalam dokumen polisi.
- I acknowledge that I have provided sufficient information to the insurer/ intermediary with regards to:
  Saya mengakui bahawa saya telah memberikan maklumat yang mencukupi kepada penanggung insurans / perantara berkenaan dengan:
  - my financial objectives, needs and priorities;
    objektif, keperluan dan keutamaan kewangan saya;
  - my financial situation, including sources and amount of income and the potential financial impact to me
    keadaan kewangan saya, termasuk sumber dan jumlah pendapatan dan kesan kewangan yang berpotensi kepada saya
  - my existing medical coverage; and
    perlindungan perubatan saya yang sedia ada; dan
  - whether medical coverage is being provided by my employer
    sama ada perlindungan perubatan disediakan oleh majikan saya
- I am satisfied that this plan will best serve my needs, and the amount of premium payable and its payable term under the policy are within my financial means.
  Saya berpuas hati bahawa pelan ini amat menepati keperluan saya, dan amaun premium yang perlu dibayar dan tempoh pembayaran polisi ini adalah setimpal dengan kemampuan kewangan saya.

Name of Proposer
Nama Pemohon _____

Payment Instruction / *Arahan Pembayaran*

☐ I enclose a cheque/bank draft/money order
Saya sertakan cek/bank draf/kiriman wang pos (No. .....)

If paying by credit card / *Jika membayar dengan kad kredit*

☐ Paying by credit card ☐ MasterCard ☐ Visa
Bayar dengan kad kredit

Name of Cardholder
Nama Pemegang Kad _____

Card Number
Nombor Kad |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Expiry Date
Tarikh Luput |_|_|_|_| M M Y Y

Amount: payable to
Jumlah: RM .....*bayar kepada* **TOKIO MARINE INSURANS (MALAYSIA) BERHAD**

(Inclusive of RM10 stamp duty, and 8% Service Tax where applicable/
Termasuk duti setem RM10, dan Cukai Perkhidmatan sebanyak 8% jika perlu)

_____
Signature of Cardholder
Tandatangan Pemegang Kad

Date / *Tarikh* |_|_|_|_|_|_|_|_| D D M M Y Y Y Y

Important Notices / *Notis Penting*

- 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 the Proposal Form (or when you apply for this insurance). You must answer the questions fully and accurately. / *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 kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan di dalam Borang Cadangan (atau semasa memohon insurans ini). Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini dengan lengkap dan tepat.*
- 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. / *Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans anda, keengganan atau pengurangan gantirugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda.*
- The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us. / *Kewajipan pendedahan di atas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.*
- In addition to answering the questions in the Proposal Form (or when you apply for this insurance), 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. / *Sebagai tambahan kepada soalan-soalan di dalam Borang Cadangan (atau semasa memohon insurans 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.*
- 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 the Proposal Form (or when you applied for this insurance) is inaccurate or has changed. / *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 (atau semasa permohonan insurans ini), apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan tidak tepat atau sudah berubah.*

Acknowledgement & Declaration / *Perakuan & Pengisytiharan*

Personal Data Protection Act 2010 (PDPA) Notice/*Notis Akta Perlindungan Data Peribadi 2010*

i. I/We acknowledge and consent that the personal data, including any sensitive personal data, collected herein be used and processed for the purpose of this proposal and be disclosed to reinsurers; individuals or organizations associated with Tokio Marine Group, or involve in any claim settlement; or PIAM/ISM;
Saya/Kami mengakui dan bersetuju bahawa data peribadi, termasuk apa-apa data peribadi yang sensitif, yang dikumpulkan di sini digunakan dan diproses untuk tujuan cadangan ini dan dizahirkan kepada penanggung insurans semula; individu atau pertubuhan yang berkaitan dengan Kumpulan Tokio Marine, atau terlibat dalam apa-apa penyelesaian tuntutan; atau PIAM/ISM;

ii. I/We confirm that I/we have obtained the consent of the person(s) and/or nominee(s) named herein, where applicable, and that he/she/they has/have authorized me/us to disclose their personal data and to give consent on their behalf for the above collection, use, process and disclosure;
Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami telah mendapat persetujuan orang yang dinamakan dan/atau penama yang dinamakan di sini, jika berkenaan, dan bahawa dia/mereka telah memberi kuasa kepada saya/kami untuk menzahirkan data peribadi dia/mereka dan untuk memberi kebenaran bagi pihak dia/mereka untuk pengumpulan, penggunaan, pemprosesan, dan penzahiran di atas;

iii. I/We acknowledge that I/we am/are obligated to provide the above personal data failing which my/our proposal could not be processed and that I/we am/are entitled to obtain access to, request for correction of or limit the processing of my/our personal data; and
Saya/Kami mengakui bahawa saya/kami adalah diwajibkan untuk memberikan data peribadi di atas, jika gagal berbuat demikian, cadangan saya/kami tidak dapat diproses, dan saya/kami berhak untuk mendapatkan akses kepada, meminta pembetulan atau mengehadkan pemprosesan data peribadi saya/kami; dan

iv. I/We acknowledge the detail Privacy Policy Statement, governing the above, posted at www.tokiomarine.com.my, that a Privacy Notice informing me of the above would be sent together with my/our policy, and that I/we could also make enquiry with regard to the PDPA through email send to enquiry@tokiomarine.com.my.

Name of Proposer
Nama Pemohon _____

Saya/Kami mengakui Pernyataan Dasar Privasi terperinci, yang mengawal perkara yang tersebut di atas, yang dipaparkan di www.tokiomarine.com.my, bahawa Notis Privasi memaklumkan perkara di atas akan dihantar bersama-sama dengan polisi saya/kami, dan saya/kami juga boleh membuat pertanyaan berkenaan dengan PDPA melalui emel kepada enquiry@tokiomarine.com.my.

☐ I/We further agree that you may disclose and share my/our information with individuals or organizations associated with Tokio Marine Group, strategic partners and other third parties (within or outside Malaysia) as the Company deems fit for the purpose of cross-selling, promoting and marketing financial products and services offered by you and the other entities.
Saya/Kami juga bersetuju bahawa anda boleh mendedahkan dan berkongsi maklumat saya/kami dengan individu atau organisasi yang berkaitan dengan Kumpulan Tokio Marine, rakan strategik dan pihak ketiga lain (di dalam atau di luar Malaysia) yang difikirkan patut untuk tujuan jualan silang, promosi dan pemasaran produk dan perkhidmatan kewangan yang ditawarkan anda dan entiti-entiti lain.

Declaration/*Pengisytiharan*

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.

_____
Signature of Proposer
Tandatangan Pemohon Insurans

Date / *Tarikh* D D M M Y Y Y Y

Verification of Applicant's Identification / *Pengesahan Identiti Pemohon*

To be completed by Insurance Agents, Insurance Brokers or Staff of TMIM.
Untuk dilengkapkan oleh Ejen Insurans, Broker Insurans atau Kakitangan TMIM.

1. In compliance with the Anti-Money Laundering, Anti-Terrorism Financing and Proceeds of Unlawful Activities Act 2001, I hereby certify that the Applicant's original NRIC/Passport/Business Registration Certificate* was verified and authenticated by me at the point of sales.
Selaras dengan Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil daripada Aktiviti Haram 2001, saya dengan ini mengesahkan bahawa Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Pendaftaran Perniagaan asal Pemohon telah disemak dan disahkan oleh saya semasa urusniaga dijalankan.*

2. Photocopy of the Applicant's original NRIC/Passport/Business Registration Certificate* is attached to this proposal form, which premium exceeds RM50,000 per transaction for single policy or exceeds RM100,000 per transaction for group policy.
Salinan Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Pendaftaran Perniagaan asal Pemohon disertakan bersama borang cadangan ini, di mana premium polisi tunggal melebihi RM50,000 setiap transaksi atau premium polisi kumpulan melebihi RM100,000 setiap transaksi.*

*Please delete where not applicable/*Sila potong mana yang tidak berkenaan*

_____
Signature/*Tandatangan*

Date/*Tarikh*: D D M M Y Y Y Y

Name/*Nama*: _____

NRIC No./*No. Kad Pengenalan* _____

Applicable for Purchase of Group Insurance Policy / *Digunapakai untuk Pembelian Polisi Insurans Kumpulan*

To be completed by an Authorised Person of the company**
*Untuk dilengkapkan oleh Orang Yang Diberi Kuasa oleh syarikat***

I/We (who purchase the group insurance policy) hereby confirm that I/we have sighted the original copy of the NRIC/Passport/Business Registration Certificate* and verified the details of the persons covered under the group policy.
Saya/Kami (yang membeli polisi insurans kumpulan) dengan ini mengesahkan bahawa saya/kami telah menyemak Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Pendaftaran Perniagaan yang asal dan mengesahkan butiran orang yang dilindungi di bawah polisi kumpulan.*

* Please delete where not applicable/*Sila potong mana yang tidak berkenaan.*
** Any person who has been designated to perform on behalf of the company/*Orang yang diberi kuasa pelaksaan bagi pihak syarikat.*

_____
Authorised Signature & Company Stamp
Tandatangan Yang Diberi Kuasa & Cop Syarikat

Name/*Nama*: _____

Designation/*Jawatan:* _____

NRIC No./*No. Kad Pengenalan:* _____

Date/*Tarikh*: D D M M Y Y Y Y

Tokio Marine Insurans (Malaysia) Berhad is licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia.
Tokio Marine Insurans (Malaysia) Berhad dilesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawalselia oleh Bank Negara Malaysia.

Name of Proposer
Nama Pemohon _____