



TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

Proposal Form/Borang Cadangan

Medical Insurance

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 _____

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 Others

Product: Optional: EMAS Program / Program EMAS

Yes (at RM 20.00 per person)
Ya (RM 20.00 seorang)

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

Name (as per I/C or Birth Cert) Nama (seperti dalam Kad Pengenalan/Sijil Kelahiran)	Occupation Pekerjaan	Gender Jantina	Date of Birth Tarikh Lahir	NRIC No./Birth Cert. No. No. KP/No.Sijil Kelahiran	Height/Weight Tinggi/Berat (cm/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 Questionnaires / 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 No
Ya 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?

Arthritis, 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

- 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?

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. Name(s) and Address(es) of your family/regular doctor(s) or doctor/clinic which you have consulted with or received medical treatment in the past three (3) years :

Nama dan alamat Doktor keluarga/yang biasa dilawati atau doktor/klinik yang anda pernah mendapatkan perundingan atau menerima rawatan perubatan dalam tempoh (3) tahun yang lalu :

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 Illnesses 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.)
- 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.
- 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.*
- 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 'cooling-off period' of 15 days will be given to me to review the suitability of the insurance.
'Tempoh Bertenang' selama 15 hari akan diberi kepada saya untuk mengkaji kesesuaian polisi insurans.

Name of Proposer
 Nama Pemohon _____

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.

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.

- 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 urusan di jalankan.
- 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

Name>Nama: _____

NRIC No./No. Kad Pengenalan _____

Date/Tarikh:

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y

Applicable for Purchase of Group Insurance Policy / Digunakan 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 pelaksanaan 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 _____