

# QBE GROUP MEDICAL INSURANCE Proposal Form / Borang Cadangan



QBE Insurance (Malaysia) Berhad Registration No: 198701002415

(Part of QBE Insurance Group)  
(Licensed under the Financial Services Act 2013 and 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.  
telephone +603 7861 8400 • facsimile +603 7873 7430  
SST Reg No: B16-1808-31042744  
[www.qbe.com/my](http://www.qbe.com/my) e-mail : [info.mal@qbe.com](mailto:info.mal@qbe.com)

## IMPORTANT NOTICE NOTIS PENTING

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

The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us.

In addition to answering the questions in this Proposal Form, you are required to disclose any other matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied.

You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in this Proposal Form is inaccurate or has changed.

Menurut Perenggan 5 Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk bagi tujuan tiada berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda (Kontrak Pengguna), 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.

Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan boleh menyebabkan kontrak insurans anda dielakkan, penolakan atau pengurangan tuntutan anda, penukaran terma atau penamatan kontrak insurans anda.

Kewajipan pendedahan diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans Anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan Kami.

Sebagai tambahan kepada soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini, Anda dikehendaki untuk mendedahkan apa-apa perkara lain yang Anda tahu akan mempengaruhi keputusan Kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan.

Anda juga mempunyai kewajipan untuk memberitahu Kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans Anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

QBE Agency No.:  QBE Agency Name:

## PERIOD OF INSURANCE / TEMPOH INSURANS

From  To  (dd/mm/yyyy)  
Dari  Ke  (hh/bb/tttt)

## A. PARTICULAR OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG

Salutation:  Mr  Ms  Miss  Others (please specify)

Name of Proposer/Employer  
Nama Pencadang/Majikan

Address of Employer  
Alamat Majikan

Postcode  City   
Poskod  Bandar

State  Country   
Negeri  Negara

Contact Number  Email   
No. telefon  E-mel

Occupation (if more than one please state all)  
Pekerjaan (jika lebih daripada satu sila nyatakan semua)

### 1. Personal Details (For Consumer Contract) / Maklumat Peribadi (Untuk Kontrak Pengguna)

Gender  Male  Female  Married  Single  Divorced/ Widowed  
Jantina  Lelaki  Perempuan  Berkahwin  Bujang  Bercerai/ Balu

Identification Number   New NRIC  Passport  Military IC  Others  
Nombor Identiti  No. K.P. baru  Pasport  No. K.P. Tentera  Lain-lain

Handphone Number  Nationality   
No. Telefon Bimbit  Warganegara

Date of Birth  (dd/mm/yyyy) Tax Identification No.   
Tarikh Lahir  (hh/bb/tttt) Daftar Cukai No.

Clear 1

**A. PARTICULARS OF PROPOSER (Continuations) / BUTIR-BUTIR PENCADANG (Sambungan)****2. Business Details (For Non-Consumer Contract) / Butiran Perniagaan (Untuk Kontrak Bukan Pengguna)**

Tax Identification No. Daftar Cukai No.	<input type="text"/>	Business Registration No. Daftar Perniagaan No.	<input type="text"/>
SST Registration No. Daftar SST No.	<input type="text"/>	Tel No. (Office) No. Telefon (Pejabat)	<input type="text"/>
Trade or profession or nature of business Perdagangan atau profesion atau jenis perniagaan	<input type="text"/>		
How long has the business been established? Berapa lamakah perniagaan telah ditubuhkan?	<input type="text"/>		

**B. CATEGORIES OF INSURED EMPLOYEES / KATEGORI PEKERJA YANG DIINSURANSKAN**

Please give broad categories of occupations/designations of the employees to be insured e.g. clerical, executives, sales officers, engineers, production staff, managers, etc.  
Sila berikan kategori luas pekerjaan/jawatan pekerja yang akan diinsuranskan cth. perkeranian, eksekutif, pegawai jualan, jurutera, kakitangan pengeluaran, pengurus, dsb.

No	Category of Occupation Kategori Pekerjaan	Plan Selected Pelan Dipilih	No. of Employees / Bilangan pekerja				
			Employee Only Pekerja Sahaja	and Spouse Only dan Pasangan Sahaja	and Children Only dan Anak-anak Sahaja	and Family dan keluarga	Total Jumlah
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
<b>Total / Jumlah</b>							

Please declare separately the full details of the employees and their individual family members to be insured, showing Full Name, Date of Birth, Occupation or Designation (categories as shown above), Sex, Relationship to Employee.  
Sila isytiharkan secara berasingan butiran penuh pekerja dan ahli keluarga individu mereka untuk diinsuranskan, menunjukkan Nama Penuh, Tarikh Lahir, Pekerjaan atau Jawatan (kategori seperti yang ditunjukkan di atas), Jantina, Hubungan dengan Pekerja.

**C. ELIGIBILITY OF EMPLOYEES / KELAYAKAN PEKERJA**

- Employees becoming eligible would include those actively at work at the time of application and thereafter all new employees:-  
Pekerja yang layak akan termasuk mereka yang aktif bekerja pada masa permohonan dan selepas itu semuanya pekerja baru:-
- Immediately upon commencement of work i.e. date of employment  
Sejurus selepas mula bekerja iaitu tarikh mula pekerjaan  
 On date of confirmation after serving  
Pada tarikh pengesahan selepas disajikan  
 Months probation or as so confirmed by the Management  
Bulan tempoh percubaan atau seperti yang disahkan oleh Pengurusan

**Note:** If space provided in this proposal form is insufficient, please provide your explanations to the questions on a separate sheet of paper, stating clearly the Question number.

**Nota:** Jika ruang yang disediakan dalam borang cadangan ini tidak mencukupi, sila berikan penjelasan anda kepada soalan pada helaian kertas yang berasingan, menyatakan dengan jelas nombor Soalan.

**D. PARTICIPATION OF EMPLOYEES / PENYERTAAN PEKERJA**

- Is the Insurance proposed on a non-contributory or contributory basis?  
Adakah Insurans dicadangkan atas dasar bukan caruman atau caruman?
  - Non-contributory = Premiums borne by the Employer, the persons participating are all i.e. 100% of present and future employees.**  
Bukan caruman = Premium ditanggung oleh Majikan, orang yang mengambil bahagian adalah kesemuanya iaitu 100% pekerja semasa dan akan datang.
  - Contributory = Premiums borne partially or wholly by the Employee, the persons participating represents at least 75% of present and future employees.**  
Sumbangan = Premium ditanggung sebahagian atau keseluruhannya oleh Pekerja, orang yang mengambil bahagian mewakili sekurang-kurangnya 75% daripada pekerja sekarang dan akan datang.
  - % of the premium payable is borne by the participating employees.**  
% daripada premium yang perlu dibayar ditanggung oleh pekerja yang mengambil bahagian.

## E. MEDICAL & INSURANCE HISTORY / SEJARAH PERUBATAN & INSURANS

1. Is every employee required to pass a medical examination before being employed?  Yes / Ya  No / Tidak  
Adakah setiap pekerja perlu lulus pemeriksaan kesihatan sebelum diambil bekerja?

2. Have you been previously insured under a similar insurance plan?  Yes / Ya  No / Tidak  
Adakah anda pernah diinsuranskan di bawah pelan insurans yang serupa?

If YES, please specify Name of Company & Type of Insurance  
Jika YA, sila nyatakan Nama Syarikat & Jenis Insurans

If NO, what is your total annual incurred hospitalization expenses?  
Jika TIDAK, berapakah jumlah perbelanjaan kemasukan hospital tahunan anda?

3. Has the Insurance now proposed been declined, cancelled, refused renewal or subjected to special terms by any Insurance Company?  Yes / Ya  No / Tidak  
Adakah Insurans yang kini dicadangkan telah ditolak, dibatalkan, ditolak pembaharuan atau tertakluk kepada syarat khas oleh mana-mana Syarikat insurans?

If YES, please specify Name of Company and details, reasons for such. / Jika YA, sila nyatakan Nama Syarikat dan butiran, sebab untuk itu

  

## F. 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 insurans 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).

Yes / Ya  No / Tidak

(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 will accept the terms, exclusions and conditions which will be set out in the policy to be issued.

Saya/kami akan menerima terma, pengecualian dan syarat yang dinyatakan dalam polisi yang akan diisukan.

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

Liabiliti Syarikat tidak bermula sehingga permohonan telah diterima.

I/We hereby authorise, any hospital, surgeon, medical practitioner or clinic or other person who attends to me/Insured 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.

Yes / Ya  No / Tidak

(iii) 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  
Tarikh

(dd/mm/yyyy)  
(hh/bb/tttt)

Clear 3

**F. DECLARATION AND SIGNATURE (Continuations) / PENGESAHAN DAN TANDATANGAN (Sambungan)****Name Of Applicant***Nama Pemohon***Name of Intermediary***Nama Wakil Syarikat***Business Address & Telephone no.***Alamat Perniagaan & No. telefon***G. DECLARATION BY AGENT / BROKER / OFFICER (STAFF OF INSURANCE COMPANY)  
PERAKUAN OLEH EJEN / BROKER / PEGAWAI (KAKITANGAN PENANGGUNG INSURANS)**

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.

1) 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 perniagaan dijalankan.

2) I/We have recommended this product being purchased by the proposer, based on the information disclosed and other relevant information which are made available to me/us. I/We have taken reasonable steps to ensure the advice is suitable to the customer for the purpose of insurance coverage.

2) Saya/Kami telah mencadangkan produk ini kepada Pencadang, berdasarkan maklumat yang didedahkan dan maklumat lain yang berkenaan yang diberikan kepada kami. Saya/Kami telah mengambil langkah yang munasabah untuk memastikan nasihat yang diberikan adalah sesuai untuk pelanggan bagi tujuan perlindungan insurans.

**Name / Nama****NRIC No / No. KP****Signature &  
Company Stamp***Tandatangan &  
Cop Syarikat***Date***Tarikh***(dd/mm/yyyy)  
(hh/bb/tttt)**