

QBE eAsy PA Insurance PROPOSAL Borang Cadangan



QBE Insurance (Malaysia) Berhad Reg. No.: 161086-D

(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

GST Reg No.: 002077360128

www.qbe.com.my e-mail: 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 for yourself/family/dependants, you have a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this Proposal Form. You must answer the questions in this Proposal Form fully and accurately.

Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggungannya, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini. Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini dengan lengkap dan tepat.

- 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 diatas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami.

- 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.

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.

- 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.

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, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

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

Bagi tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau kekaburan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia tentang mana-mana bahagian Kontrak, adalah dipersetujui bahawa Kontrak versi Bahasa Inggeris akan digunakan.

- Please fill up individual proposal form for each insured person.

Sila isikan borang cadangan individu untuk setiap pihak yang diinsuranskan.

Cover Note No. Intermediary No.

Company name
Nama Syarikat

Are you Registered for GST? If Yes, Please provide the following Yes / Ya No / Tidak
Adakah anda berdaftar untuk GST? Jika Ya, Sila berikan berikut

GST Registration Date / / GST Registration Number
Tarikh Pendaftaran GST Nombor Pendaftaran GST

Company address
Alamat syarikat

Tel
Telefon

Account No. Ref. No:
No. Akaun No. Rujukan

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)

Gender Jantina Male Lelaki Female Perempuan

Address Alamat

NRIC No No. K.P. baru Date of birth Tarikh lahir Occupation Pekerjaan

Telephone numbers Nombor telefon Home Rumah Office Pejabat Mobile Phone Telefon Bimbit

B. PERSONAL DETAILS (INSURED PERSON) / BUTIR-BUTIR PERIBADI (ORANG 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)

Gender Jantina Male Lelaki Female Perempuan

Address Alamat

NRIC No No. K.P. baru Date of Birth Tarikh Lahir

Telephone numbers Nombor telefon Home Rumah Office Pejabat Mobile Phone Telefon Bimbit

Occupation Class Kelas Pekerjaan Are you self employed? Yes / Ya No / Tidak Adakah anda bekerja sendiri?

Specify exact duties: Nyatakan tugas sebenar

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

Plan Selected Plan EA Plan EB Plan EC Plan ED Pelan Dipilih Pelan EA Pelan EB Pelan EC Pelan ED

C. PERSONAL DETAILS OF ADDITIONAL INSURED PERSONS / BUTIR-BUTIR ORANG TAMBAHAN DIINSURANSKAN

Name (please underline your surname or family name if you are an individual proposer) Nama (sila gariskan nama keluarga anda jika anda adalah pemohon individu)	NRIC / Birth cert no. No. K.P baru/ Sijil Kelahiran	Date of Birth Tarikh Lahir	Gender Jantina	Occupation Pekerjaan
Main Insured Person: Orang utama diinsuranskan:				
Spouse: Isteri/ Suami:				
Child 1: Kanak-kanak 1:				
Child 2: Kanak-kanak 2:				
Child 3: Kanak-kanak 3:				
Child 4: Kanak-kanak 4:				

D. GENERAL INFORMATION (PLEASE TICK (✓) "YES" OR "NO") / MAKLUMAT AM (SILA TANDA (✓) "YA" ATAU "TIDAK" UNTUK SOALAN BERIKUT)

1. Are you or any of your family members presently insured against accident or sickness? Yes / Ya No / Tidak Adakah anda kini diinsuranskan untuk kemalangan atau penyakit?

If "Yes", please provide details of Insurer, Type of cover and Amount (lump sum and weekly) / Jika "Ya", sila sertakan keterangan lanjut mengenai Syarikat Insurans, Jenis perlindungan dan Amaun (jumlah sekaligus dan mingguan)

2. Have you or any of your family members' applications for Accident or Sickness Insurance been declined, refused to be renewed, cancelled or had special terms imposed? Yes / Ya No / Tidak Pernahkah permohonan anda atau ahli keluarga anda terhadap Insurans Kemalangan atau Perubatan ditolak, pembaharuan ditolak, dibatalkan atau dikenakan terma khas?

**D. GENERAL INFORMATION (PLEASE TICK (✓) "YES" OR "NO") (Continuation) /
MAKLUMAT AM (SILA TANDA (✓) "YA" ATAU "TIDAK" UNTUK SOALAN BERIKUT) (Sambungan)**

3. Do you or any of your family members engage in any hazardous sports or activities which are likely to cause bodily injury? Yes / Ya No / Tidak
Adakah anda atau ahli keluarga anda terlibat dalam sebarang kegiatan sukan atau aktiviti merbahaya yang berkemungkinan akan mengakibatkan kecederaan badan?
4. Have you or any of your family members ever suffered from any sickness or received medical or surgical treatments during the last 5 years which have prevented you from attending to your normal occupation, pursuits or business for longer than one week? Yes / Ya No / Tidak
Pernahkan anda atau ahli keluarga anda mengalami sebarang penyakit atau menerima rawatan perubatan atau pembedahan 5 tahun yang lepas yang menghalang anda melaksanakan kerja biasa anda, urusan atau perniagaan lebih daripada 1 minggu.
5. Do you or any of your family members suffer from any physical impairment, deformity or disease? Yes / Ya No / Tidak
Adakah anda atau ahli keluarga anda mengalami sebarang kekurangan fizikal, kecacatan atau penyakit?
- If you answered "Yes" to any of the above questions, please provide details. / Jika jawapan anda adalah "Ya" untuk mana-mana soalan di atas, sila sertakan keterangan.

Question No. No. soalan	Name Nama	Details Butir-butir

E. NOMINATION FORM / BORANG PENAMAAN

Notes / Nota

1. Pursuant to Paragraph 2(4)(a) of Schedule 10 of the Financial Services Act 2013, the policy owner has to assign the policy benefits to his nominee if his intention is for his nominee, other than his spouse, child or parent, to receive the policy benefits beneficially and not as an executor.
Menurut Prenggan 2(4)(a) Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, pemunya polisi perlu menyerahkan manfaat polisi itu kepada penamaannya sekiranya niatnya adalah bagi penamaannya, selainsuaminya atau isterinya, anaknya atau ibu bapanya, untuk menerima manfaat polisi itu secara bebefisial dan bukan sebagai wasi.
2. Pursuant to Paragraph 5(1) of Schedule 10 of the Financial Services Act 2013, a nomination made by a non -Muslim policy owner shall create a trust in a favour of the nominee of the policy moneys payable upon the death of the policy owner, if :-
Menurut Prenggan 5(1) Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, suatu penamaan yang dibuat oleh pemunya polisi yang bukan beragama Islam hendaklah mewujudkan suatu amanah atas penama bagi wang polisi yang kena dibayar atas kematian pemunya polisi, sekiranya :-
- (a) The nominee is his spouse or child; or
Penama itu adalah suaminya atau isterinya atau anaknya; atau
- (b) The nominee is his parent (if there is no spouse or child living at the time making the nomination).
Penama itu adalah ibu bapanya (jika tiada suami atau isteri atau anak yang masih hidup pada masa membuat penamaan).
3. Pursuant to Paragraph 2(3) of Schedule 10 of the Financial Services Act 2013, the above nomination shall be witnessed by a witness who must be eighteen (18) years old and above and of sound mind and not the nominee stated above.
Menurut Prenggan 2(3) Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, penamaan diatas hendaklah disaksikan oleh seorang saksi yang mesti berumur lapan belas (18) tahun dan ke atas dan yang sempurna akal dan bukan seorang penama dinyatakan di atas.
4. A nominee of a Muslim policy owner upon receipt of policy benefits shall distribute the same in accordance with Islamic Law.
Nomini bagi pemilik polisi Islam apabila menerima faedah polisi hendaklah membahagikannya mengikut Undang-undang Islam.
5. For full details about the power to make nomination, revocation of nominee, trust of policy moneys, payment of the policy moneys where there is nomination and etc., you are advised to refer to Paragraph 1 to 13 of Schedule 10 Of the Services Act 2013.
Untuk maklumat lengkap tentang kuasa untuk membuat penamaan, pembatalan penamaan amanah wang polisi, pembayaran wang polisi jika terdapat penamaan dan sebagainya, anda dinasihatkan untuk merujuk kepada Perenggan 1 hingga 13 Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013.

I hereby nominate the following as my nominee(s) for the above insurance.

Dengan ini saya menamakan pihak berikut sebagai nomini saya bagi pembahagian insurans di atas.

Name Nama	NRIC/Birth cert no. No. K.P. baru/Sijil kelahiran	Address Alamat	Date of birth Tarikh lahir	Relationship Perhubungan	Share (%) Share (%)

F. RATING TABLE / JADUAL PERKADARAN

Type of Benefit / Jenis Faedah		Plan EA / Pelan EA	Plan EB / Pelan EB	Plan EC / Pelan EC	Plan ED / Pelan ED
Individual (Insured Only) / Individu (Diinsuranskan Sahaja)					
Accidental Death / Permanent Disablement <i>Kematian Akibat Kemalangan / Hilang UpayaKekal</i>		200,000	300,000	400,000	500,000
Medical Expenses <i>Perbelanjaan Perubatan</i>		3,000	5,000	6,000	8,000
Funeral Expenses <i>Perbelanjaan Pengebumian</i>		3,000	3,000	5,000	5,000
Total Premium (RM) <i>Jumlah Premium (RM)</i>		189.00	286.00	377.00	474.00
Family (Insured & Spouse) / Keluarga (Diinsuranskan dan Isteri/Suami)					
Accidental Death / Permanent Disablement <i>Kematian Akibat Kemalangan / Hilang UpayaKekal</i>	Insured <i>Diinsuranskan</i>	200,000	300,000	400,000	500,000
	Spouse <i>Isteri/ Suami</i>	100,000	150,000	200,000	250,000
Medical Expenses <i>Perbelanjaan Perubatan</i>		3,000	5,000	6,000	8,000
Funeral Expenses <i>Perbelanjaan Pengebumian</i>		3,000	3,000	5,000	5,000
Total Premium (RM) <i>Jumlah Premium (RM)</i>		297.00	405.50	592.00	795.50
Family (Insured & Child(ren)) / Keluarga (Diinsuranskan & Kanak-kanak)					
Accidental Death / Permanent Disablement <i>Kematian Akibat Kemalangan / Hilang UpayaKekal</i>	Insured <i>Diinsuranskan</i>	200,000	300,000	400,000	500,000
	Each Child <i> Setiap Kanak-Kanak</i>	20,000	30,000	40,000	50,000
Medical Expenses <i>Perbelanjaan Perubatan</i>		3,000	5,000	6,000	8,000
Funeral Expenses <i>Perbelanjaan Pengebumian</i>		3,000	3,000	5,000	5,000
Total Premium (RM) <i>Jumlah Premium (RM)</i>		232.20	353.30	462.40	583.50
Family (Insured, Spouse & Child(ren)) / Keluarga (Diinsuranskan, Isteri/Suami & Kanak-kanak)					
Accidental Death / Permanent Disablement <i>Kematian Akibat Kemalangan / Hilang UpayaKekal</i>	Insured <i>Diinsuranskan</i>	200,000	300,000	400,000	500,000
	Spouse <i>Isteri/ Suami</i>	100,000	150,000	200,000	250,000
	Each Child <i> Setiap Kanak-Kanak</i>	20,000	30,000	40,000	50,000
Medical Expenses <i>Perbelanjaan Perubatan</i>		3,000	5,000	6,000	8,000
Funeral Expenses <i>Perbelanjaan Pengebumian</i>		3,000	3,000	5,000	5,000
Total Premium (RM) <i>Jumlah Premium (RM)</i>		340.20	517.80	677.40	905.00
Each additional child <i> Setiap kanak-kanak tambahan</i>		43.20	67.30	85.40	109.50

G. DECLARATION AND SIGNATURE / PENGESAHAN DAN TANDATANGAN

(i) PRIVACY POLICY STATEMENT / KENYATAAN POLISI PRIVASI

I/We understand, acknowledge, agree and consent that QBE Insurance (Malaysia) Berhad and all of its related companies ("QBE") is permitted to collect, use, disclose and/or process my personal data revealed hereto. QBE is at liberty to disclose and transfer (including outside Malaysia) such personal data to relevant third parties provided that the revelation of my personal data is strictly for the purpose(s) in relation to the insurance which I have applied hereto, including but not limited to, the purpose(s) of: (i) processing, handling and/or dealing with my claims including the settlement of the claims and any necessary investigations relating to the claims; (ii) exercising any rights that QBE may have to recover monies from third parties; (iii) making reinsurance recoveries; (iv) investigating the accident and/or my claims; (v) carrying out and/or dealing with my instructions or responding to any enquiries by me; (vi) administering my claims (including the mailing of correspondence, statements, invoices, reports or notices to me, which could involve disclosure of certain personal data about me to bring about delivery of the same as well as on the external cover of envelopes/mail packages); (vii) the development of databases on claims, claims statistics and/or claims development; and/or (viii) complying with applicable law in administering, processing, handling and/or dealing with my claims; (collectively the "Purpose"). My consent given hereto covers any repeated collection of my personal data in the same circumstances and is in line with the requirement set forth on the Personal Data Protection Act 2010.

Saya/Kami faham, mengakui, bersetuju dan mengizinkan QBE Insurance (Malaysia) Berhad dan semua syarikat-syarikat yang berkaitan ("QBE") adalah dibenarkan untuk mengumpul, menggunakan, mendedahkan dan / atau memproses data peribadi saya yang didedahkan bersama ini. QBE adalah bebas untuk mendedahkan dan memindahkan (termasuk di luar Malaysia) data peribadi tersebut seperti mendedahkan kepada pihak ketiga yang berkenaan dengan syarat bahawa pendedahan data peribadi saya adalah hanya untuk tujuan (tujuan-tujuan) berkaitan dengan insurans yang saya telah memohon bersama ini, termasuk tetapi tidak terhad bagi tujuan (tujuan-tujuan):(i) pemrosesan, pengendalian dan / atau urusan tuntutan saya termasuk penyelesaian tuntutan dan sebarang penyiasatan yang perlu berkaitan dengantuntutan; (ii) menjalankan sebarang hak yang ada pada QBE untuk mendapatkan kembali wang daripada pihak ketiga;(iii) mendapatkan pampasan insurans semula;(iv) menyasat kemalangan dan / atau tuntutan saya; (v) menjalankan dan / atau berurusan dengan arahan saya atau bertindak balas kepada mana-mana pertanyaan daripada saya; (vi) menguruskan tuntutan saya (termasuk mengepos surat-menyurat, penyata, invoice, laporan atau notis kepada saya, yang mungkin melibatkan pendedahan data peribadi tertentu tentang saya, untuk membawa penghantaran yang sama dan juga di kulit luar sampul surat/mel pakej;(vii) pembangunan pangkalan data mengenai tuntutan, statistik tuntutan dan / atau perkembangan tuntutan dan / atau;(viii) mematuhi undang-undang yang berkaitan dalam pengurusan, pemrosesan, pengendalian dan / atau urusan tuntutan saya;"secara kolektif" "Tujuan"). Peretujuan saya yang diberikan bersama ini meliputi sebarang koleksi data peribadi saya yang berulang dalam keadaan yang sama dan selaras dengan syarat-syarat yang ditetapkan dalam Akta Perlindungan Data Peribadi 2010."

QBE Insurance (Malaysia) Berhad is committed to ensuring the safety and security of your personal data. You may refer to our Privacy Policy Statement which is posted at our website www.qbe.com.my. If you seek further enquiries, please contact the Personal Data Privacy Officer at telephone number 03-78618400.

QBE Insurance (Malaysia) Berhad komited untuk menjamin data peribadi anda adalah selamat dan terjamin. Anda boleh merujuk Kenyataan Polisi Privasi kami yang dipaparkan dalam laman sesawang www.qbe.com.my. Sekiranya anda mempunyai sebarang pertanyaan, sila hubungi Pegawai Data Peribadi di nombor talian 03-78618400.

(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.

Signature of Applicant
Tandatangan Pemohon

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

H. DECLARATION BY AGENT / BROKER / OFFICER (STAFF OF QBE) / PERAKUAN OLEH EJEN / BROKER / PEGAWAI (KAKITANGAN QBE)

In compliance with Section 16(2) of the ANTI-MONEY LAUNDERING AND ANTI-TERRORISM FINANCING (AMENDMENT) ACT 2014

Selaras dengan pematuhan seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram Dan Pencegahan Pembiayaan Keganasan (Pindaan) 2014

1. I/ WE hereby certify that I have verified and authenticated the Proposer's NRIC / Business Registration Certificate at the point of sales.
Saya/ Kami dengan ini mengesahkan bahawa kad Pengenalan (KP) / Sijil Pendaftaran Perniagaan asal pencadang telah disahkan ketulenanya ketika urusniaga dijalankan.
2. I/WE have maintained a copy of the NRIC of the applicants of individual insurance where premium is more than RM50,000.00, a copy of Certificate of Incorporation (ROC or ROS) for applicants of group insurance policies where premium is more than RM100,000.00.
Satu salinan KP telah disimpan bagi pemohon yang mengambil polisi insurans individu yang mana premiumnya melebihi RM50,000.00 atau satu salinan Sijil Pendaftaran Perniagaan telah disimpan bagi pemohon kumpulan yang mana premiumnya melebihi RM100,000.00.

Name / Nama

NRIC No / No.KP

Signature & Company Stamp: / Tandatangan & Cop Syarikat

Date: (dd/mm/yy) / / / Tarikh

I. PAYMENT OPTIONS / CARA PEMBAYARAN

Amount Payable (RM) / Amaun Perlu Dibayar (RM)

Cash / Tunai

Cheque / Cek

For cheque payment, cheque should be crossed and made payable to "QBE Insurance (Malaysia) Berhad". Please mail to the above address.
Untuk bayaran melalui cek, cek hendaklah dipalang dan bayaran dibuat atas nama "QBE Insurance (Malaysia) Berhad". Sila hantarkan ke alamat di atas.

Cheque / Cek Bank / Bank

Cheque No. / No. Cek

Please charge the total/outstanding premium to my VISA/MASTERCARD* credit card (*tick where applicable)
Sila caj jumlah/premium tertunggak ke atas kad kredit VISA/MASTERCARD* saya (*tanda yang berkenaan)

MASTERCARD

VISA

Please charge the total premium to the following card number
Sila cajkan jumlah premium kepada no. kad berikut

Last 3 digits on the back of the card / 3 digit terakhir di belakang kad

Name of cardholder / Nama pemegang kad

Expiry date (dd/mm/yy) / Tarikh tamat (hh/bb/tt)

Signature of cardholder / Tandatangan pemegang kad

Note / Nota:

- Premium must be made payable to QBE INSURANCE (MALAYSIA) BERHAD
Premium mesti dibayar kepada QBE INSURANCE (MALAYSIA) BERHAD
- A minimum premium premium of RM 75.00 is applicable to this policy.
Premium minimum untuk polisi adalah RM 75.00.