

PERIOD OF INSURANCE / TEMPOH INSURANS

From
Dari

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

dd/mm/yy / hh/bb/tt

To
Hingga

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

dd/mm/yy / hh/bb/tt

(both dates inclusive)
(termasuk kedua-dua tarikh)

DETAILS OF HEALTH & CLAIMS HISTORY / BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN TUNTUTAN

		YES / YA	NO / TIDAK
1	(a) Have you ever made any claim in respect of accidental bodily injury against any insurer? <i>Pernahkah anda membuat sebarang tuntutan di atas kecederaan badan akibat kemalangan dari mana-mana syarikat insurans?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) If YES, please give details of Insurer and nature of claim: <i>Jika YA, sila berikan butir-butir syarikat insurans dan jenis tuntutan:</i> _____		
2	(a) Are you presently covered by any Personal Accident or Medical Insurance? <i>Adakah anda dilindungi oleh mana-mana Insurans Kemalangan Diri atau Kesihatan pada masa sekarang?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) If YES, please give details of Insurers and Amounts Insured: <i>Jika YA, sila berikan butir-butir syarikat Insurans dan Jumlah yang diinsuranskan:</i> _____		
3	(a) Do you have any hearing or sight impairment or any physical defects or infirmity? <i>Adakah anda mengalami sebarang masalah pendengaran atau penglihatan atau kecacatan fizikal?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) If YES, please give particulars: <i>Jika YA, sila berikan maklumat lengkap:</i> _____		

COVERAGE (Please tick ✓) / PERLINDUNGAN (Sila tandakan ✓)

Occupational Classification <i>Kelas Pekerjaan</i>	Choice of Plan and Annual Premium Payable (RM) <i>Pilihan Pelan dan Premium Tahunan (RM)</i>		
	LC 1 RM 100,000	LC 2 RM 200,000	LC 3 RM 300,000
Class 1 / <i>Kelas 1</i>	<input type="checkbox"/> 150.00	<input type="checkbox"/> 300.00	<input type="checkbox"/> 450.00
Class 2 / <i>Kelas 2</i>	<input type="checkbox"/> 220.00	<input type="checkbox"/> 440.00	<input type="checkbox"/> 660.00
Class 3 / <i>Kelas 3</i>	<input type="checkbox"/> 330.00	<input type="checkbox"/> 660.00	<input type="checkbox"/> 990.00
	Annual premium / <i>Premium tahunan</i> :		RM
	Add stamp duty / <i>Duti Setem</i> :		RM 10.00
	TOTAL DUE / <i>JUMLAH</i> :		RM

DECLARATION BY PROPOSER / PERAKUAN PENCADANG

I wish to effect the Insurance as above with Lonpac Insurance Bhd in the Company's usual form for this Class of Insurance on the warranty that the above statements or any supplementary particulars which are or may be supplied in connection with the Insurance are true and complete and that nothing materially affecting the risks has been concealed. I agree that this proposal and any supplementary particulars shall be incorporate in and taken as the basis of the contract between myself and the Company.

Saya ingin memulakan Insurans seperti di atas dengan Lonpac Insurans Bhd di dalam borang am syarikat untuk jenis Insurans ini dengan jaminan bahawa pernyataan-penyataan atau mana-mana maklumat sampingan yang diberikan atau akan diberikan berkenaan Insurans di atas adalah benar dan lengkap dan tiada apa-apa keterangan penting yang melibatkan risiko disembunyikan. Saya bersetuju bahawa cadangan ini dan sebarang maklumat tambahan termaktub di dalam borang ini akan disifatkan sebagai asas kepada perjanjian di antara saya dengan syarikat.

DATE: _____
TARIKH

PROPOSER'S SIGNATURE: _____
TANDATANGAN PENCADANG

MODE OF PAYMENT / CARA PEMBAYARAN

Cheque / *Cek*
Bank's Name: _____ Cheque No.: _____ Amount (RM): _____
Nama Bank *No. Cek* *Jumlah*

Credit Card Payment - Please charge to my credit card account
Bayaran Kad Kredit - Sila caj kad kredit saya

Name of Card Holder / *Nama Pemegang Kad* : _____

Visa Master Card Amount (RM): _____
Jumlah

Card No. : - - -
No. Kad

Card Expiry Date : -
Tarikh Luput Kad M M Y Y

Name / *Nama* : _____

NRIC No. / *No. KP* : _____

Date / *Tarikh* : _____

Signature / Tandatangan

IMPORTANT NOTICE / NOTIS MUSTAHAK

Your attention is drawn to the **Cash Before Cover** to the Policy.

It is fundamental and absolute condition of this Policy that the full premium payable is received by the Company on or before the effective date of this Policy or endorsed hereafter. The Company shall not be liable upon this Policy unless the said premium is paid to the Company before commencement of cover.

*Perhatian anda adalah diarahkan kepada **Bayaran Sebelum Perlindungan** yang dicatat dalam polisi ini.*

Adalah menjadi keperluan dan syarat mutlak polisi ini bahawa premium penuh yang perlu dibayar diterima oleh Syarikat pada atau sebelum tarikh permulaan polisi ini atau di endors kemudian. Syarikat tidak akan bertanggungjawab ke atas Polisi ini kecuali premium tersebut telah dibayar kepada Syarikat sebelum permulaan perlindungan.

NOMINATION / PENAMAAN

Under Section 163 of the Insurance Act 1996 a policyholder who has attained the age of eighteen years may nominate a natural person to receive policy moneys payable upon his death.

Di bawah Seksyen 163 Akta Insurans 1996 pemegang polisi yang telah mencecah umur lapan belas tahun boleh menamakan orang yang berkaitan untuk menerima wang polisi yang perlu dibayar apabila berlaku kematian.

Do you wish to nominate? Yes, please send me the Nomination Form for completion.
Adakah anda ingin membuat penamaan? Ya, sila hantarkan kepada saya Borang Penamaan.

No / *Tidak*

The English version of the proposal form and declaration shall solely be used to determine all differences arising out of the same.
Versi Bahasa Inggeris adalah borang cadangan dan akuan yang akan dirujuk sekiranya ada perbezaan mengenai cadangan dan akuan ini.