



# LONPAC INSURANCE BHD (307414-T)

Head Office : Lower Ground, 6th, 7th, 21st to 25th Floor, Bangunan Public Bank, 6, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur, Malaysia.  
P.O. Box 10708, 50722 Kuala Lumpur, Malaysia.  
Tel: (03) 2262 8688, 2723 7888 Fax: (03) 2715 0696, 2072 3385, 2034 2654, 2078 7455, 2715 1332, 2715 0722  
Website: www.lonpac.com

DMS/05/FP/P/001/Oct.



## FAMILY PROTECTOR PELINDUNG KELUARGA

### PROPOSAL FORM / BORANG CADANGAN

#### STATEMENT PURSUANT TO SECTION 149(4) OF THE INSURANCE ACT, 1996, MALAYSIA.

You are to disclose in this proposal form, fully and faithfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued hereunder may be void.

#### KENYATAAN MENGIKUT SEKSYEN 149(4) AKTA INSURANS 1996, MALAYSIA.

Anda hendaklah memberitahu dengan penuh dan jujur semua fakta yang anda tahu atau patut tahu dalam borang cadangan ini, jika tidak polisi yang dikeluarkan boleh menjadi tidak sah.

#### DUTY OF DISCLOSURE PURSUANT TO SECTION 150(1) OF THE INSURANCE ACT, 1996, MALAYSIA

It is the duty of the proposer to disclose to Lonpac Insurance Bhd a matter that he/she knows to be relevant (or a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant) to the decision of Lonpac Insurance Bhd on whether to accept the risk or not, and the rates and terms to be applied.

#### TANGGUNGJAWAB PENGEMUKAAN MENGIKUT SEKSYEN 150(1) AKTA INSURANS, 1996, MALAYSIA

Adalah menjadi tanggungjawab seorang pencadang untuk mendedahkan kepada Lonpac Insurance Bhd sesuatu perkara yang dia tahu sebagai relevan (atau seorang yang munasabah dalam keadaan itu mungkin dijangka untuk tahu sebagai relevan) kepada keputusan Lonpac Insurance Bhd sama ada untuk menerima atau tidak risiko, dan kadar dan terma yang hendak dipakai.

Agency A/C No:   
No. Akaun Agensi

Policy No:   
No. Polisi

### DETAILS OF PROPOSER (please complete) / BUTIR-BUTIR PENCADANG (sila lengkapkan)

Proposer's Name in Full Nama Penuh Pencadang	:	<input type="text"/>																		
Correspondence Address Alamat Surat-Menyurat:	:	<input type="text"/>																		
	:	<input type="text"/>																		
	:	<input type="text"/>																		
Telephone No. No. Telefon	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Postcode: Poskod	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
New NRIC No. No. K/P Baru	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	:	<input type="text"/>																		
(NRIC/Business Regn. Doc. Verified By :		_____ Signature & Name of Agent / Staff)																		
Date of Birth Tarikh Lahir	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Marital Status: Taraf perkahwinan	<input type="checkbox"/>	Single Bujang	<input type="checkbox"/>	Married Berkahwin	<input type="checkbox"/>	Others Lain-lain
Occupation (state exact duties) Pekerjaan (nyatakan tugas sebenar)	:	<input type="text"/>																		

### PERIOD OF INSURANCE / TEMPOH INSURANS

From : Dari	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	To : Hingga:	:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		dd/mm/yy / hh/bb/tt								dd/mm/yy / hh/bb/tt							

**DETAILS OF SPOUSE / CHILDREN** (Fill in only if coverage is required)  
**BUTIR-BUTIR PASANGAN / ANAK-ANAK** (Lengkapkan jika perlindungan diperlukan)

Full name (as in IC) Nama penuh (seperti dalam K/P)	Occupation Pekerjaan	Date of Birth Tarikh Lahir	Sex Jantina	New IC No./B.C. KP Baru/Sijil Beranak
Spouse / Pasangan				
Child 1 / Anak Pertama				
Child 2 / Anak Kedua				
Child 3 / Anak Ketiga				
Child 4 / Anak Keempat				

(NRIC/Business Regn. Doc. Verified By : \_\_\_\_\_ Signature & Name of Agent / Staff)

(If space provided is insufficient, please write on a separate sheet of paper)  
 (Jika ruang tidak mencukupi, sila gunakan kertas berasingan)

**DETAILS OF HEALTH & CLAIMS HISTORY (please tick) / BUTIR-BUTIR KESIHATAN & SEJARAH TUNTUTAN (sila tanda)**

- |   | Yes / Ya                 | No / Tidak               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1 (a) Have you or any of the above proposed persons ever made any claim in respect of accidental bodily injury against any insurer?<br>Pernahkah anda atau mana-mana orang yang dicadangkan di atas membuat sebarang tuntutan terhadap mana-mana syarikat insurans berhubung dengan kecederaan anggota badan akibat Kemalangan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) If YES, please provide details of Insurer & nature of the claim:<br>Jika YA, sila berikan butir-butir penginsuran dan jenis tuntutan:   | _____                    |                          |
| 2 (a) Are you or any of the above proposed persons presently covered under a Personal Accident or Medical Insurance?<br>Adakah anda atau mana-mana orang yang dicadangkan di atas kini dilindungi oleh polisi Kemalangan Perseorangan?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) If YES, please provide details of Insurers / Amounts Insured:<br>Jika YA, sila berikan butir Penginsuran dan jumlah yang dilindungi:  | _____                    |                          |
| 3 (a) Do you or any of the above proposed persons have any hearing or sight impairment or any physical defects or infirmity?<br>Adakah anda atau mana-mana orang yang dicadangkan di atas mengalami kerosakan pendengaran atau penglihatan atau sebarang kecacatan fizikal?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) If YES, please give particulars: / Jika YA, sila berikan maklumat lanjut:   | _____                    |                          |

COVERAGE / PERLINDUNGAN	Type of plan / Jenis Pelan	Please ✓ choice of plan Sila ✓ pelan yang dipilih	Annual premium payable Premium tahunan yang dibayar	
<input type="checkbox"/> Myself only Sendiri sahaja	A: 50,000.00	<input type="checkbox"/>	RM 67.50	
	B: 100,000.00	<input type="checkbox"/>	RM 135.00	
	C: 200,000.00	<input type="checkbox"/>	RM 270.00	
	D: 300,000.00	<input type="checkbox"/>	RM 405.00	
	E: 500,000.00	<input type="checkbox"/>	RM 675.00	
<input type="checkbox"/> Myself & spouse Sendiri & pasangan	A: 50,000.00	<input type="checkbox"/>	RM 135.00	
	B: 100,000.00	<input type="checkbox"/>	RM 270.00	
	<input type="checkbox"/> Myself, spouse & children Sendiri, pasangan dan anak-anak	C: 200,000.00	<input type="checkbox"/>	RM 540.00
		D: 300,000.00	<input type="checkbox"/>	RM 810.00
		E: 500,000.00	<input type="checkbox"/>	RM 1,350.00
		Annual premium/Premium tahunan :	RM	
		Add stamp duty/Tambah duti setem :	RM 10.00	
		TOTAL DUE/JUMLAH BAYARAN :	RM	

## NOMINATION / PENCALONAN

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, seseorang pemegang polisi yang telah mencapai umur 18 tahun boleh mencalonkan seorang lain untuk menerima wang polisi yang dibayar apabila berlaku kematian.*

Do you wish to nominate?

*Adakah anda ingin membuat pencalonan?*

Yes, please send me the Nomination Form for completion.  
*Ya, sila hantar borang pencalonan untuk dilengkapi.*

No / Tidak

## DECLARATION AND AUTHORISATION / PENGAKUAN DAN PEMBERIKUASAAN

I/We hereby declare that the above answers and statements are true, and that I/We have withheld no information whatsoever regarding this proposal. I/We agree that this Declaration and answers given above, as well as any application or declaration or statement made in writing by me/ourselves or anyone acting on my/our behalf shall from the basis of the contract between me/ourselves and **LONPAC INSURANCE BHD**. I/We hereby further declare and agree that in the event the declaration shall contain misstatement, misrepresentation, suppression and/or fraud, the issuance of the policy shall not be nor deemed to be a waiver of such misstatement, misrepresentation, suppression and/or fraud.

*Saya/Kami mengakui bahawa jawapan dan kenyataan di atas adalah benar, dan Saya/Kami tidak menyembunyikan sebarang maklumat mengenai cadangan ini. Saya/Kami setuju bahawa Pengakuan dan jawapan-jawapan yang diberikan di atas, dan sebarang permohonan atau pengakuan atau kenyataan bertulis yang dibuat oleh saya/kami atau sesiapa yang bertindak bagi pihak saya/kami akan menjadi asas kepada kontrak antara saya/kami dan **LONPAC INSURANCE BHD**. Saya/Kami juga mengaku dan bersetuju bahawa sekiranya pengakuan tersebut mengandungi kenyataan yang salah, penafsiran yang salah, penindasan, dan/atau penipuan, maka pengeluaran polisi ini tidak harus dianggap sebagai menyingkirkan kenyataan yang salah, penafsiran yang salah, penindasan dan/atau penipuan tersebut.*

I/We hereby authorise any hospital, surgeon, medical practitioner or clinic or other person who attended to me/us for any reason to disclose to the Insurance Company any and all information with respect to any illness or injury and to provide copies of all hospital or medical records/certifications, including any earlier medical history. A photo-copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

*Saya/Kami membuat kuasa kepada mana-mana hospital, doktor bedah, pengamal perubatan atau klinik atau pihak yang merawat saya/kami atas sebarang sebab memberikan apa-apa dan kesemua maklumat berkenaan dengan apa-apa penyakit atau kecederaan kepada Syarikat Insurans dan memberikan salinan-salinan rekod/sijil hospital atau perubatan termasuk sebarang sejarah perubatan sebelumnya. Salinan pemberian surat kuasa ini harus dianggap sebagai efektif dan sah seperti yang asal.*

I/We understand that **LONPAC INSURANCE BHD** reserves the right to accept, decline or impose special conditions in the event the information declared is not according to standard guidelines as imposed by its underwriters.

*Saya/Kami memahami bahawa **LONPAC INSURANCE BHD** berhak menerima, menolak dan mengenakan syarat-syarat khas sekiranya maklumat yang diumumkan tidak mengikut garis panduan standard yang dikenakan oleh pengikat jaminny.*

I/We also understand that coverage will only be effective after **LONPAC INSURANCE BHD** has accepted and approved the Proposal and subject to payment of premium to **LONPAC INSURANCE BHD**.

*Saya/Kami juga memahami bahawa perlindungan akan hanya berkuatkuasa selepas **LONPAC INSURANCE BHD** menerima dan meluluskan risalah ini dan tertakluk kepada syarat bahawa premium telah dibayar kepada **LONPAC INSURANCE BHD**.*

My usual doctor/physician is \_\_\_\_\_

*Doktor/pakar perubatan biasa saya ialah*

Address: \_\_\_\_\_

*Alamat:*

Tel: \_\_\_\_\_

*No. Telefon:*

\_\_\_\_\_  
Signature of Proposer / *Tandatangan Pencadang*

\_\_\_\_\_  
Date / *Tarikh*

## PAYMENT / BAYARAN

I hereby enclose Cash / Cheque / Cashier's Order number: \_\_\_\_\_ for amount  
*Saya melampirkan Tunai / Cek / Wang Pos bernombor \_\_\_\_\_ sejumlah*

RM \_\_\_\_\_ payable to **LONPAC INSURANCE BHD**.

*RM \_\_\_\_\_ yang dibayar kepada **LONPAC INSURANCE BHD**.*

## IMPORTANT NOTICE: Your attention is drawn to the 60 days premium warranty attached to the Policy.

By this warranty, the insurance Policy is automatically cancelled unless the full premium is paid to the Company within 60 days from the commencement date of cover. Please note that if this insurance is transacted through your insurance broker, the broker is acting on your behalf or the purpose of formation of this contract of insurance. It is important that you make full payment of the premium to your broker as soon as possible and in any case within the 60 days period of the premium warranty so as to enable your broker to remit the premiums early to the Company. You are advised to request your broker to furnish you with the broker's and the Company's receipt on the premium that you paid.

### **NOTIS PENTING: Sila ambil perhatian terhadap jaminan premium 60 hari yang disertakan bersama Polisi ini.**

*Dengan jaminan ini, Polisi insurans akan dibatalkan serta-merta kecuali premium sepenuhnya dibayar kepada Syarikat dalam masa 60 hari bermulanya tarikh perlindungan. Sila ambil perhatian sekiranya insurans ini dimeterai melalui broker insurans anda, broker tersebut bertindak bagi pihak kami atau untuk tujuan pembentukan kontrak insurans ini. Adalah mustahak bagi anda membuat bayaran sepenuhnya kepada broker anda secepat mungkin atau setidak-tidaknya dalam jangkamasa 60 hari jaminan premium untuk membolehkan broker anda menghantar premium tersebut kepada Syarikat secepat mungkin. Anda dinasihat supaya meminta broker anda memberikan resit premium yang telah anda bayar kepada broker dan Syarikat.*