

Plans to be selected/ <i>Pelan untuk dipilih</i>	<input type="checkbox"/> Gold/ <i>Emas</i> (RM)	<input type="checkbox"/> Premier/ <i>Premier</i> (RM)	<input type="checkbox"/> Standard/ <i>Standard</i> (RM)
Death or Permanent Disablement/ <i>Kematian atau Ketidakupayaan Kekal</i>	300,000	200,000	100,000
Hospital Income Benefit up to 45 days per year/ <i>Manfaat Pendapatan Hospital sehingga 45 hari setiap tahun</i>	60	40	20
Premium/<i>Premium</i>	150	100	50

Period of Insurance/*Tempoh Insurans* (From)/(*Dari*) _____ (To)/(*Hingga*) _____

Please indicate the nature of Work/*Sila nyatakan jenis Pekerjaan*

- Class 1/*Kelas 1* - Duties with non-manual work/*Tugas-tugas tidak melibatkan pekerjaan kasar*
 Class 2/*Kelas 2* - Duties involving work of supervisory nature but not involved in manual work/*Tugas-tugas melibatkan bidang penyeliaan tetapi tidak melibatkan pekerjaan kasar*

Extensions/ <i>Lanjutan</i>	Class 1/ <i>Kelas 1</i>	Class 2/ <i>Kelas 2</i>
Scuba Diving/ <i>Selaman Skuba</i>	25%	25%
Mountaineering/ <i>Pendakian Gunung</i>	25%	25%

Are you generally in good health and free from any physical defect or infirmity? If "No", please give details./*Adakah anda secara amnya dalam keadaan kesihatan yang baik serta bebas daripada sebarang kecacatan fizikal atau kelemahan? Jika "Tidak", sila berikan maklumat lanjut.* Yes/*Ya* No/*Tidak*

Have you ever suffered from any injury or sickness or received medical treatment during the last 5 years which have prevented you from attending your normal occupation, pursuits or business for a period longer than 7 days? If "Yes", please give details./*Adakah anda pernah menderita daripada sebarang kecederaan atau penyakit atau menerima rawatan perubatan sepanjang 5 tahun yang lepas yang menghalang anda daripada menjalankan pekerjaan, tugas-tugasan atau perniagaan anda secara normal untuk tempoh lebih daripada 7 hari?* Yes/*Ya* No/*Tidak*

Do you engage in any hazardous activities or pursuits which may render you liable to accidents or any disease or sickness? If "Yes", please give details./*Adakah anda melibatkan diri dalam aktiviti-aktiviti atau perbuatan-perbuatan merbahaya yang boleh mengakibatkan anda terdorong kepada kemalangan atau sebarang penyakit atau kesakitan? Jika "Ya", sila berikan maklumat lanjut.* Yes/*Ya* No/*Tidak*

Are you at present insured against Personal Accident? If "Yes", please state the amount and the name of the insurance company./*Adakah anda pada masa ini diinsuranskan untuk Kemalangan Peribadi? Jika "Ya", sila nyatakan jumlah dan nama syarikat insurans tersebut.* Yes/*Ya* No/*Tidak*

Has the insurance now proposed been declined, cancelled, refused renewal or subjected to special terms by other insurance company? If "Yes", please give details./*Pernahkan insurans yang dicadangkan ini ditarikbalik, dibatalkan, ditolak pembaharuannya atau dikenakan syarat-syarat tambahan oleh syarikat-syarikat insurans lain? Jika "Ya", sila berikan maklumat lanjut.* Yes/*Ya* No/*Tidak*

Have you ever made a claim against any Insurer in respect of any accidental bodily injury? If "Yes", please give details./*Pernahkah anda membuat sebarang tuntutan terhadap Syarikat Insurans bagi kecederaan badan yang tidak disengajakan? Jika "Ya", sila berikan maklumat lanjut.* Yes/*Ya* No/*Tidak*

Please refer to a separate brochure and proposal form./*Sila rujuk kepada risalah dan borang permohonan yang berasingan.*

Period of Insurance/*Tempoh Insurans* (From)/(*Dari*) _____ (To)/(*Hingga*) _____

Type of Plan/ <i>Jenis Pelan</i>	<input type="checkbox"/> Gold/ <i>Emas</i> (RM)	<input type="checkbox"/> Premier/ <i>Premier</i> (RM)	<input type="checkbox"/> Standard/ <i>Standard</i> (RM)
Personal Accident/ <i>Kemalangan Peribadi</i>	250,000	200,000	100,000
Personal Accident for Family Member/ <i>Kemalangan Peribadi untuk Ahli Keluarga</i>	50,000	50,000	50,000
Personal Liability/ <i>Liabiliti Peribadi</i>	300,000	250,000	150,000
Golfing Equipment/ <i>Peralatan Golf</i>	10,000	6,000	3,000
Personal Effects/ <i>Barangan Peribadi</i>	2,500	2,000	1,000
Hole-in-one/ <i>Hole-in-one</i>	2,500	2,000	1,000
Premium/<i>Premium</i>			
Policyholder/ <i>Pemegang Polisi</i>	70	50	35
Additional Family Member/ <i>Ahli Keluarga Tambahan</i>	50	30	20

Name and address of Golf Club(s) of which you are a member/*Nama dan alamat Kelab/Kelab-kelab Golf di mana anda menjadi ahli*

Details of family Members to be included/*Maklumat ahli-ahli Keluarga untuk dilindungi*

Name/ <i>Nama</i>	New IC / MyKad No / Birth Cert No./ <i>No KP Baru/My Kad/Surat Beranak</i>	Age/ <i>Umur</i>	Relationship/ <i>Pertalian</i>

Type of Plan/Jenis Pelan	<input type="checkbox"/> Premier/Premier (RM)	<input type="checkbox"/> Standard/Standard (RM)
Limit of Liability/Had Liabiliti Premium/Premium	500,000 40	300,000 30

Period of Insurance/Tempoh Insurans (From)/(Dari) _____ (To)/(Hingga) _____

Period of Insurance/Tempoh Insurans From)/(Dari) _____ (To)/(Hingga) _____

Type of Plan/Jenis Pelan	<input type="checkbox"/> Premier/Premier (RM)	<input type="checkbox"/> Standard/Standard (RM)
Schedule of Benefits/Jadual Manfaat		
Personal Accident/Kemalangan Peribadi		
Accidental Death/Kematian Tidak Disengajakan	20,000	15,000
Total & Permanent Disablement/Kehilangan Upaya Menyeluruh & Kekal	20,000	15,000
Weekly Benefit up to 10 weeks/Manfaat Mingguan sehingga 10 minggu	150	100
Medical Expenses (excess RM50)/Perbelanjaan Perubatan (lebih RM50)	750	500
Repatriation/Funeral Expenses/Perbelanjaan Repatriasi/Pengebumian	7,500	5,000
Hospital & Surgical Expenses/Perbelanjaan Hospital & Pembedahan	3,000	2,000
Annual Limit subject to ward charges not exceeding RM50 per day/ Had Tahunan tertakluk kepada caj wad (tidak melebihi RM50 sehari)		
Servant's return air passage as a result of being medically unfit (excluding pregnancy)/ Tiket penerbangan untuk pembantu rumah akibat tidak sihat di segi perubatan (tidak termasuk kehamilan)	400	300
Legal Liability to the Domestic Servant for accidental bodily injury or disease./Liabiliti Perundangan untuk Pembantu Rumah bagi kecederaan tubuh badan tidak disengajakan atau penyakit.	100,000	100,000
Disappearance Option/Pilihan Kehilangan	1,000	1,000
- Excludes 1st three months of cover/tidak termasuk perlindungan tiga bulan pertama - Waiting period (45 days)/tempoh menunggu (45 hari)		
Premium/Premium		
Up to 35 years/sehingga 35 tahun	90	60
35-60 years/35-60 tahun	120	90
Disappearance Option/Pilihan Kehilangan	50	50
Legal Liability/Liabiliti Perundangan	25	25

Name of Servant>Nama Pembantu _____

Address (if different from employer's)/Alamat (jika berbeza daripada majikan) _____

Post Code/Poskod _____ Telephone No./No. Telefon _____ Date of Birth/Tarikh Lahir _____

Sex/Jantina _____ Passport No./No. Pasport _____ Place of Issue/Tempat Dikeluarkan _____

Nationality/Kerakyatan _____ Expiry Date/Tarikh Luput _____

Type of Plan/Jenis Pelan	<input type="checkbox"/> Premier/Premier (RM)	<input type="checkbox"/> Standard/Standard (RM)
Sum Insured/Jumlah Diinsuranskan Premium/Premium	2,000 24	1,000 12

Period of Insurance/Tempoh Insurans (From)/(Dari) _____ (To)/(Hingga) _____

Type of Pedal Cycle/Pengayuh Sikal _____

Make/Buatan _____ Model/Model _____

Age of Pedal Cycle/Usia Pengayuh Sikal _____ Est. Market Value/Nilai Jangkaan Pasaran (RM) _____

 1. Has the pedal cycle been modified or fitted with additional fittings and fixtures?/Pernahkan pengayuh sikal tersebut diubahsuai atau dipasang perkakas dan peralatan tambahan? Yes/Ya No/Tidak

2. If "Yes". Please state extent of modification and list all additional fixtures./Jika "Ya", sila nyatakan tahap pengubahsuaian dan senarai kesemua alat tambahan yang dipasang.

Insurance Brokers & Consultants Member of the Insurance Brokers Association of Malaysia.
4th Floor, No. 11, Jalan Medan Tuanku Satu, 50300 Kuala Lumpur,
P.O. Box 12663, 50786 Kuala Lumpur, Malaysia.
Tel: 603-2691 4244/603-2713 3331 Fax: 603-2691 4498/603-2713 3335
E-mail: aib@anika.com.my Website: www.anika.com.my

Head Office
8th Floor, Menara Multi-Purpose, Capital Square,
8, Jalan Munshi Abdullah, 50100 Kuala Lumpur
Tel: 603-2034 9888
Fax: 603-2694 5758
Website: www.mpib.com.my

Personal CarePlus Application Form/Borang Permohonan

IMPORTANT NOTE: Statement Pursuant to Section 150(1) of the Insurance Act 1996: 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 hereinafter may be void./NOTIS PENYATA: Menurut Seksyen 150 (1) Akta Insurans 1996, anda perlu memberikan maklumat penuh dan jujur mengenai semua fakta yang anda tahu dan sepatutnya tahu dalam permohonan ini, jika tidak, polisi yang dikeluarkan boleh menjadi tidak sah.

PARTICULARS OF PROPOSER (PLEASE USE BLOCK LETTERS)/BUTIR-BUTIR PEMOHON (SILA GUNA HURUF BESAR)

Personal Details / Butir-butir Peribadi

Name>Nama _____
Date of birth/Tarikh lahir _____ Sex/Jantina _____
Occupation/Pekerjaan _____ New IC/MyKad No./No. K/P Baru/MyKad _____
Passport No./No. Pasport _____ Marital Status/Status Perkahwinan _____
Home Address/Alamat Rumah _____
Postcode/Poskod _____ Tel No./No. Tel. _____
Office Address/Alamat Pejabat _____
Postcode/Poskod _____ Tel No./No. Tel. _____
Correspondence Address (please tick)/Alamat surat-menyurat (sila tandakan) Home/Rumah Office/Pejabat
Mobile Phone No./No. Telefon Bimbit _____ E-mail Address/E-mel _____

YES. I would like to purchase the following insurance coverage: Please tick (✓) where appropriate and fill in the relevant sections./

YA. Saya berminat untuk membeli perlindungan insurans berikut: Sila tandakan (✓) yang mana bersesuaian dan isikan ruangan yang berkaitan.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Motor/Motor | <input type="checkbox"/> Personal Accident/Kemalangan Peribadi |
| <input type="checkbox"/> Motorcycle/Motorsikal | <input type="checkbox"/> Hospital & Surgical/Hospital dan Pembedahan |
| <input type="checkbox"/> Drive Protector/Drive Protector | <input type="checkbox"/> Golfers/Pemain Golf |
| <input type="checkbox"/> Houseowner/Pemilik Rumah | <input type="checkbox"/> Personal Liability/Liabiliti Peribadi |
| <input type="checkbox"/> Home Contents/Isi Kandungan Rumah | <input type="checkbox"/> Domestic Servant/Pembantu Rumah |
| <input type="checkbox"/> Worldwide All Risk/Risiko Keseluruhan Sedunia | <input type="checkbox"/> Pedal Cycle/Kayuhan Pedal |

Payment Option: Cash, Cheques and credit cards accepted./Pilihan Kaedah Pembayaran: Tunai, Cek dan Kad Kredit diterima.

Visa MasterCard
Card Number/No. Kad --- Card Expiry/Tarikh Luput -
MM/BB YY/TT

Stamp Duty / Duti Setem : RM10

Total payable / Jumlah Perlu Dibayar : RM _____

Declaration/Perakuan

I/We declare and warrant that:/Saya/Kami mengaku dan mengesahkan bahawa:

- No Insurer has ever declined, cancelled, refused renewal or imposed special terms in respect of the covers now proposed or any similar covers./Tiada penginsurans pernah menarik balik, membatalkan, menolak pembaharuan atau mengenakan syarat-syarat tambahan yang berkaitan dengan perlindungan yang kini dicadangkan atau sebarang perlindungan-perlindungan lain.
- I/We undertake to inform the insurer of any material change of risks./Saya/Kami bertanggungjawab untuk memaklumkan penginsurans terhadap sebarang perubahan risiko.

I/We to the best of my/our knowledge, hereby confirm that the statement contained in this proposal form are true and correct and I/We have not concealed, misrepresented or misstated any material facts./Saya/Kami dalam pengetahuan terbaik Saya/Kami, dengan ini mengesahkan bahawa segala keterangan yang terkandung di dalam borang cadangan ini adalah benar dan tepat dan Saya/Kami tidak melindungi, memberi gambaran yang salah atau menyatakan dengan tidak benar terhadap fakta-fakta penting.

I/we agree that the statements and declaration contained in this proposal form shall be the Contract of Insurance with the Company and are deemed to be incorporated in the Contract./Saya/Kami bersetuju bahawa kenyataan-kenyataan dan perakuan yang terkandung di dalam borang cadangan ini akan menjadi Kontrak Insurans bersama Syarikat ini dan adalah dikira termasuk di dalam Kontrak.

Signature/Tandatangan
Date/Tarikh

Declaration/Letter of Undertaking/Deklarasi/Surat Pengambilalihan

To/Kepada: Hong Leong Assurance Berhad

Dear Sir/Tuan,

NCD Entitlement/Kelayakan NCD

Vehicle No./No Kenderaan _____

IC No. (Old)/No KP _____

New MyKad No./No Baru MyKad _____

I am currently holding a valid* Comprehensive/Third Party motor policy with/Pada masa ini saya memegang polisi bermotor Komprehensif/Pihak Ketiga yang sah* dengan _____ (current insurer)/(penginsurans sekarang).

I intend to transfer or claim my/Saya bercadang untuk memindahkan atau menuntut _____ % NCD entitlement/% NCD yang layak kepada saya to a vehicle No./bagi no. kenderaan _____ to be insured with You or purchase a policy from your Company. (See Note No.1)/ untuk diinsuranskan dengan Anda atau membeli polisi daripada Syarikat anda (lihat Nota No.1).

I hereby confirm that/Saya dengan ini mengesahkan bahawa

1. the NCD stated on the documents* (Original Policy/Renewal Notice issued by insurance company/Endorsement/Certificate of Insurance/Claim Free Years Confirmation Letter) is TRUE and correct./NCD yang dinyatakan dalam dokumen-dokumen yang disertakan (Polisi Asal/Notis Pembaharuan yang dikeluarkan oleh syarikat insurans/Pengesahan/Sijil Insurans/Surat Pengesahan Tahun Tanpa Tuntutan) adalah BENAR dan betul.
2. to the best of my knowledge no claim or action has been lodged/pending or is likely to be taken against me/us under the policy/Pada pengetahuan terbaik saya tiada tuntutan atau tindakan telah diambil/sedang diambil atau kemungkinan akan diambil terhadap saya/kami di bawah polisi tersebut.
3. there is no breach of any policy conditions which affects my NCD entitlement./tiada pelanggaran terhadap mana-mana keadaan polisi yang memberi kesan kepada kelayakan NCD saya.
4. I have not and shall not use this entitlement of NCD for any other vehicle/policy./Saya belum pernah dan tidak akan menggunakan kelayakan NCD untuk mana-mana kenderaan/polisi.
5. if the NCD is incorrect, I undertake to pay the difference of premium within 14 working days, failing which I agree the policy may be cancelled by the company./Jika NCD tersebut tidak betul, saya akan membayar perbezaan premium dalam tempoh 14 hari. Jika gagal, saya bersetuju bahawa polisi ini akan dibatalkan oleh Syarikat.

Enclosed is a copy of * (Original Policy Schedule/Renewal Notice issued by insurance company/Endorsement/Certificate of Insurance/Claim Free Years Confirmation Letter) as evidence of my entitlement./Sebagai bukti kelayakan saya, saya lampirkan salinan * (Jadual Polisi Asal/Notis Pembaharuan dikeluarkan oleh syarikat insurans/ Pengesahan /Sijil Insurans/ Surat Pengesahan Tahun Tanpa Tuntutan).

* Please attach the following documents/Sila sertakan dokumen-dokumen berikut:

- * 1. Photocopy of new IC/MyKad/Salinan KP/MyKad Baru * 2. Photocopy of Log Book/Salinan Buku Log

Insured's Signature/Tandatangan Yang Diinsuranskan

Date/Tarikh:

Note/Nota

If the transfer of NCD is between two different vehicles, please enclose the relevant cancellation/recovery NCD endorsement for verification. NCD from overseas. Condition: Duly Signed Declaration Letter and submit together with the original NCD letter stating the number of claim free years./ Jika pemindahan NCD adalah di antara dua kenderaan berbeza, sila sertakan pengesahan berkaitan pembatalan/pemulihan NCD bagi tujuan pengesahan. NCD antarabangsa. Syarat: Surat Pengisytiharan Ditandatangani yang menyatakan bilangan tahun tanpa tuntutan.

