Crystal Sihat
Proposal Form / *Borang Cadangan*

CHUBB®

Statement Pursuant to Financial Services Act 2013, Schedule 9
Kenyataan Mengikut Akta Perkhidmatan Kewangan, Jadual 9

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 question in this Proposal Form. You must answer the question in 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 additional to answering the question 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 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.

Jika anda memohon Insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri / keluarga / tanggungan, anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini. Anda dihendaki menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini dengan lengkap dan tepat. 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.

Kewajipan pendedahan di atas 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 ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

All Questions Must Be Answered Fully By Proposer. Please Tick (✔) Where Applicable.
Semua Jawapan Mesti Diisi Sepenuhnya Oleh Pencadang. Sila Tandakan (✔) Di Mana Berkaitan.

Agency Code / *Kod Ejensi*

Particulars of Proposer / *Butir-butir Pencadang*

Name of Insured / *Nama Pihak Diinsuranskan*

Salutation / *Gelaran* ☐ Mr / *Encik* ☐ Mrs / *Puan* ☐ Miss / *Cik* ☐ Others / *Lain-lain*

Correspondence Address (In Full) / *Alamat Surat-menyurat (Penuh)*

														Postcode / *Poskod*											

E-mail / *Emel* :

Tel No. / *No. Tel* : (House / *Rumah*) - Handphone No. / *No. Telefon Bimbit* : -

Tel No. / *No. Tel* : (Office / *Pejabat*) - Fax No. / *No. Faks* : -

New I.C. No. / *No. KP Baru* Date of Birth / *Tarikh Lahir* D D / M M / Y Y Y Y

Gender / *Jantina* Male / *Lelaki* Female / *Perempuan*

Nationality / *Warganegara* Malaysian / *Malaysia* Others / *Lain-lain*

Weight / *Berat* (kg) Height / *Tinggi* (cm)

Preferred Language / *Bahasa Pilihan* English / *Inggeris* Malay / *Melayu* Chinese / *Cina* Tamil / *Tamil*

Occupation / *Pekerjaan*

(Please Tick - Nature of Work / *Sila Tandakan - Jenis Pekerjaan*)

Persons engaged in professional, administrative, managerial, clerical and non-manual occupations. / *Terlibat dalam pekerjaan profesional, pentadbiran, pengurusan, perkeranian dan bukan-buruh.*

Persons engaged in work of supervisory nature but not involved in manual labour. / *Terlibat dalam pekerjaan berbentuk penyeliaan namun tidak melibatkan buruh kasar.*

Persons engaged either occasionally or generally in manual work which involves the use of tools or machinery. / *Kadangkala atau secara amnya terlibat dalam kerja buruh yang menggunakan alat atau mesin.*

Full-time student/housewife/pensioner / *Penuntut sepenuh masa/suri rumah/pesara.*

If a Family Plan is required, please complete Section B & C / *Jika anda perlukan Pelan Keluarga, sila isi Seksyen B & C*

Section B Particulars of Your Spouse / *Seksyen B Butir-Butir Suami / Isteri Anda*

Name / *Nama*

New I.C. No. / *No. KP Baru* Date of Birth / *Tarikh Lahir* D D / M M / Y Y Y Y

Gender / *Jantina* Male / *Lelaki* Female / *Perempuan* Weight / *Berat* (kg) Height / *Tinggi* (cm)

Occupation / *Pekerjaan*

Section C Particulars of Your Children / *Seksyen C Butir-butir Kanak-kanak Anda*

Name of First Child / *Nama Anak Pertama*

New I.C. or Birth Cert No. / *No. KP Baru atau Surat Beranak*

Date of Birth / *Tarikh Lahir* D D / M M / Y Y Y Y

Gender / *Jantina* Male / *Lelaki* Female / *Perempuan* Weight / *Berat* (kg) Height / *Tinggi* (cm)

Name of Second Child / *Nama Anak Kedua*

New I.C. or Birth Cert No. / *No. KP Baru atau Surat Beranak*

Date of Birth / *Tarikh Lahir* D D / M M / Y Y Y Y

Gender / *Jantina* Male / *Lelaki* Female / *Perempuan* Weight / *Berat* (kg) Height / *Tinggi* (cm)

Note / *Nota* If you need to add more children, please attach a piece of paper and add their details. / *Jika anda ingin menambah keterangan anak-anak, sila lampirkan di atas sehelai kertas.*

	Questionnaire / *Soal Selidik*	**Insured** / *Pihak Diinsuranskan*		**Spouse** *Pasangan*		**First Child** *Anak Pertama*		**Second Child** *Anak Kedua*	
		Yes *Ya*	**No** *Tidak*	**Yes** *Ya*	**No** *Tidak*	**Yes** *Ya*	**No** *Tidak*	**Yes** *Ya*	**No** *Tidak*
1.	Does the person to be insured have health insurance with us or any other company? / *Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan memiliki insurans perubatan dengan kami atau syarikat lain?* If "Yes", please attach a copy of the existing Policy Schedule. / *Jika "Ya", sila sertakan salinan Jadual Polisi tersebut.*								
2.	Has the person to be insured / *Pernahkah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan* :								
a.	Suffered or have any physical defect, infirmity or congenital conditions? / *Mengalami kecacatan fizikal, keuzuran atau penyakit kongenital?*								
b.	Had any medical check-up, X-ray scan, blood test, urine test, ECG or currently under observation or receiving treatment or taking any medication? If yes, please provide us with copies of the results. / *Pernah melalui pemeriksaan kesihatan, ujian X-ray, ujian darah, ujian air kencing, ECG, atau sedang dalam pemerhatian atau menerima rawatan atau mengambil sebarang ubat-ubatan? Jika ya, sila lampirkan salinan laporan.*								
c.	Undergone any surgical operation or suffered any disease or injury? / *Menjalani sebarang pembedahan atau mengalami sebarang penyakit atau kecederaan?*								
d.	Ever been advised to have a surgical operation which has not been performed? / *Dinasihatkan menjalani sebarang pembedahan yang belum dilaksanakan?*								
e.	Do you or any persons to be insured suffer from any physical impairment, infirmity or abnormity or congenital conditions? / *Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan sedang mengalami sebarang kecacatan fizikal, keuzuran ataupun kecacatan ataupun penyakit kongenital?*								
3.	Have you or any of the persons to be insured ever been told that you or they suffered from or had been treated for any of the following / *Pernahkah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan diberitahu bahawa anda atau mereka mengalami atau pernah menerima rawatan sebarang penyakit di bawah* :								
a.	Chronic cough, spitting of blood, asthma, hay fever, pleurisy, tuberculosis, or any other disease of the respiratory system? *Batuk kronik, ludah berdarah, asma, demam alergi, radang pleura, tibi, atau sebarang penyakit sistem pernafasan lain?*								
b.	High or low blood pressure, heart disease, chest pain, heart attack, shortness of breath, palpitation or heart disorder? *Tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit jantung, sakit dada, serangan jantung, sesak nafas, palpitasi atau gangguan jantung?*								
c.	Epilepsy, fits, dizziness, mental or nervous disorder? / *Gila babi, sawan, pening, gangguan mental atau saraf?*								
d.	Diabetes, sugar or blood in urine, kidney, colic or hernia? / *Diabetis, kandungan gula dalam darah atau air kencing, penyakit buah pinggang, kolik atau hernia?*								
e.	Disease of the eyes, ears, nose or throat? / *Penyakit mata, telinga, hidung atau tekak?*								
f.	Arthritis, sciatica, rheumatism, back, spine, bone, joint, muscle or skin disorder? / *Artritis, skiatika, reumatisma, penyakit belakang, tulang belakang, tulang, sendi, otot atau kulit?*								
g.	Ulcer or disorder of the stomach, intestines, haemorrhoids, or rectal disorder? / *Ulser atau penyakit dalam perut, usus, buasir, atau rektum?*								
h.	Gall bladder stone or liver disease or any type of hepatitis? / *Batu pundi hempedu, atau penyakit hati atau sebarang jenis hepatitis?*								
i.	Cancer, tumour or growth of any kind in any organ system? / *Kanser, tumor atau sebarang ketumbuhan dalam mana-mana sistem organ?*								
j.	Anemia, thyroid disorder (such as goitre) or rheumatic fever? / *Anemia, penyakit tiroid (seperti goiter) atau demam reumatik?*								
k.	Sexually transmitted diseases such as syphilis, gonorrhea or non-specific urethritis? / *Penyakit yang berjangkit melalui seks seperti sifilis, gonorea atau uretritis tidak spesifik?*								
l.	AIDS or AIDS-related conditions? / *AIDS atau penyakit berkaitan-AIDS?*								
m.	Any illness, disease or injury not mentioned above? / *Sebarang penyakit atau kecederaan yang tidak disebut di atas?*								

Questionnaire / Soal Selidik		Insured / *Pihak Diinsuranskan*		Spouse *Pasangan*		First Child *Anak Pertama*		Second Child *Anak Kedua*	
		Yes *Ya*	No *Tidak*	Yes *Ya*	No *Tidak*	Yes *Ya*	No *Tidak*	Yes *Ya*	No *Tidak*
4.	Have any of your parents or sibling ever had or died from cancer including breast cancer, tuberculosis, diabetes, hypertension, stroke, kidney disease, heart disease, multiple sclerosis, mental illness or any other hereditary disease or any AIDS related condition? / *Pernahkah ibubapa atau adik-beradik anda mengalami atau meninggal dunia akibat kanser termasuk kanser payu dara, batuk kering, kencing manis, hipertensi, strok, penyakit buah pinggang, penyakit jantung, sklerosis berganda, penyakit mental atau sebarang penyakit keturunan atau sebarang AIDS?*								
5.	Have you or any persons to be insured had any surgery planned in the next six (6) months? / *Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan merancang sebarang pembedahan dalam masa (6) bulan yang akan datang?*								
6.	Female applicants : - Are you now pregnant? If "yes", how many months? - Have you ever had disease of the breast, female organs, menstrual, abnormal pap smear(s) or complaints at child-birth? *Pemohon Wanita :* - *Adakah anda sedang mengandung? Jika "ya", berapa bulan?* - *Adakah anda pernah mengalami penyakit payu dara, organ wanita, haid, pap smear luar biasa atau komplikasi semasa melahirkan anak?*								
7.	If any of the answers is "Yes" to Questions 2, 3, 4, 5 & 6, please give details below and number your answers to correspond with the number of the questions to which the answer applies: / *Jika jawapan untuk mana-mana soalan 2, 3, 4, 5 & 6 adalah "Ya", sila beri keterangan di bawah dengan mencatatkan nombor jawapan mengikut nombor soalan.*								
8.	Has the person to be insured's application for any medical or hospitalization type of policy ever been declined, restricted or accepted at other than normal terms? If "Yes", please state reason and provide the name of the Insurance Company / *Pernahkah permohonan anda atau tanggungan anda untuk polisi perubatan atau hospital ditolak, dihadkan atau diterima dengan syarat-syarat bukan biasa. Jika "Ya", sila nyatakan punca serta nama Syarikat Insurans* :								
9.	Allergies / Alahan :								
10.	We may ask you additional questions if required. The questions on this proposal form and any other details we specifically request relate to facts which we consider material to underwriting this insurance. However, because no list of questions can be exhaustive, please consider whether there is any other material information which is known to you which could influence our assessment and acceptance of the risk. / *Kami mungkin akan bertanyakan beberapa soalan jika perlu. Soalan-soalan pada borang cadangan dan lain-lain butiran yang diminta secara khusus berkait dengan fakta-fakta yang dianggap penting oleh kami untuk proses pengunderaitan insurans ini. Walau bagaimanapun, disebabkan tiada senarai soalan-soalan yang tengkap, sila pertimbangkan sama ada terdapat apa-apa maklumat penting yang anda ketahui yang dapat mempengaruhi penilaian dan penerimaan risiko.*								

Question No. / *No. Soalan* :		Question No. / *No. Soalan* :	
Name of Person / *Nama* :		Name of Person / *Nama* :	
Type and Date of Disability / *Jenis dan Tarikh Ketidakupayaan* :		Type and Date of Disability / *Jenis dan Tarikh Ketidakupayaan* :	
Current Status of Disability / *Status Semasa Ketidakupayaan* :		Current Status of Disability / *Status Semasa Ketidakupayaan* :	
Name and Address of Hospital and Physician / *Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan* :		Name and Address of Hospital and Physician / *Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan* :	

If space provided is insufficient, kindly provide information in a separate attachment. / *Jika ruang yang diberikan tidak mencukupi, sila kemukakan informasi pada lampiran berasingan.*

	Age / *Umur*	**Plan No.** / *No. Plan*	**Annual Premium subject to Stamp duty and applicable taxes (RM)** *Premium Tahunan, tertakluk kepada Duti setem dan cukai yang berkenaan (RM)*
Applicant / *Pemohon*			
Spouse / *Pasangan*			
First Child / *Anak Pertama*			
Second Child / *Anak Kedua*			
Third Child / *Anak Ketiga*			
Fourth Child / *Anak Keempat*			

Declaration / *Pengakuan*

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.

I / We hereby authorise any hospital, surgeon, medical practitioner or clinic or other person who has attended to me / Insured Persons 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 faham bahawa ia adalah 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.

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 berkesanan dan sah sebagai asli.

Signature of Applicant / *Tandatangan Pemohon* (On behalf of all Persons to be Insured) *(Bagi pihak Orang yang Diinsuranskan)*	Signature of Proposer / *Tandatangan Pencadang* (If other than the Person to be Insured) *(Jika lain dari Orang yang Diinsuranskan)*	Date / *Tarikh*

Privacy Notice / *Notis Privasi*

I understand that Chubb Insurance Malaysia Berhad (Chubb) needs to deal with my personal data including my sensitive personal data such as details about my health and condition, if any to administer my Policy and offer me insurance products and services. To achieve these purposes, I allow Chubb to collect, use and disclose my personal data to selected third parties in or outside Malaysia, in accordance with Chubb's Personal Data Protection Notice, which is found in Chubb's website at www.chubb.com/my-privacy. I may contact Chubb for access to or correction of my personal data, or for any other queries or complaints.

Saya faham bahawa Chubb Insurance Malaysia Berhad (Chubb) perlu berurusan dengan data peribadi saya termasuklah data peribadi sensitif saya seperti butir-butir mengenai kesihatan dan keadaan saya, sekiranya ada untuk mentadbir Polisi saya dan menawarkan saya produk dan perkhidmatan insurans. Untuk mencapai tujuan-tujuan ini, saya membenarkan Chubb untuk mengumpul, mengguna dan memberi data peribadi saya kepada pihak ketiga terpilih yang terletak di dalam atau di luar Malaysia, selaras dengan Notis Perlindungan Data Peribadi Chubb, yang terdapat dalam laman web Chubb di www.chubb.com/my-privacy. Saya boleh menghubungi Chubb untuk mendapatkan atau membetulkan data peribadi saya, atau untuk sebarang pertanyaan atau aduan.

Signature of Insured / *Tandatangan pihak Diinsuranskan*	Date / *Tarikh*	Name / *Nama*

Declaration by Agent / *Pengakuan oleh Ejen*

I declare and confirm that / *Saya mengisytiharkan dan mengesahkan bahawa* :

a. All information contained in this proposal is the only information given to me by the applicant and / or the life to be insured, and I have not withheld any other information which might influence the acceptance of this proposal. / *Semua keterangan yang terkandung di dalam permohonan ini merupakan maklumat yang diberikan kepada saya oleh pemohon dan / atau hayat yang akan diinsuranskan, dan saya tidak menyimpan sebarang maklumat yang mungkin boleh mempengaruhi penerimaan bagi permohonan ini.*

b. I have not given any statement to the applicant and / or the life to be insured contrary to the provisions as contained in the company's standard policy. / *Saya tidak memberi pemohon dan / atau hayat yang akan diinsuranskan sebarang kenyataan yang bertentangan dengan peruntukan polisi asas syarikat.*

c. I have sighted the original NRIC and verified the identity of the applicant through the use of NRIC or other documents. / *Saya telah melihat salinan asal Kad Pengenalan dan mengesahkan identiti pemohon melalui penggunaan Kad Pengenalan atau dokumen lain-lain.*

Signature of Agent / *Tandatangan Ejen* | Date / *Tarikh* | Place / *Tempat*

Name of agent (block letters) / *Nama ejen (huruf besar)*

Date received at Branch Office / *Tarikh diterima di Pejabat Cawangan* | Date received at Head Office / *Tarikh diterima di Ibu Pejabat*

Payment Mode / *Kaedah Pembayaran*

I wish to pay my premium / *Saya ingin membayar premium* RM ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ by / *dengan* ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

being Annual Premium inclusive of RM10.00 Stamp Duty. / *untuk Premium Tahunan berserta RM10.00 Duti Setem.*

☐ Cash / *Tunai* ☐ Cheque / *Cek* Please cross the cheque and make payment to / *sila palangkan cek dan di atas nama* "Chubb Insurance Malaysia Berhad (9827-A)"

Bank / *Bank* | Cheque No. / *No. Cek* | Amount / *Jumlah* (RM)

☐ Visa Card No. / *No. Kad* : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

☐ MasterCard Expiry Date / *Tarikh Tamat Tempoh* : ☐☐ / ☐☐ (mm/yy) (*bb/tt*)

Cardholder's Name / *Nama Pemegang Kad*

Signature of Credit Card Holder / *Tandatangan Pemegang Kad Kredit* | Date / *Tarikh*

* If by credit card, Applicant must be the cardholder and signature as per card account.
** Jika menggunakan kad kredit, Pemohon mesti merupakan ahli kad dan tandatangan dibuat mengikut akaun kad.*

For Office Use Only / *Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja*

Official Receipt No. / *No. Resit Rasmi* ☐☐☐☐☐☐☐☐ Premium Amount / *Jumlah Premium* (RM) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Period Of Insurance / *Tempoh Insurans*

One Year effective from /*Satu Tahun bermula dari* D D / M M / Y Y Y Y to /*hingga* D D / M M / Y Y Y Y

Important Notice / *Notis Penting*

1. The applicant is hereby notified that the Company has appointed agents / representatives who have the authority to solicit or negotiate contracts of insurance on behalf of the Company. All authorized agents / representatives are issued with authorization cards. / *Pemohon dengan ini telah diberitahu bahawa Syarikat telah melantik ejen / wakil yang telah diberikan kebenaran untuk mengurus atau merundingkan kontrak insurans bagi pihak Syarikat. Semua ejen / wakil yang diberikan kebenaran diberikan kad kebenaran.*

2. You should read the Policy and seek clarification if you are unsure of certain policy term and conditions. A specimen policy is available upon request. You can also refer to the consumer education booklet provided by Bank Negara Malaysia. / *Anda perlu membaca dan memahami polisi insurans jika anda tidak pasti berkaitan terma polisi dan syaratnya. Contoh polisi boleh didapati atas permintaan. Anda juga boleh merujuk buku panduan pendidikan pengguna yang disediakan oleh Bank Negara Malaysia.*

3. You may request for a copy of the Product Disclosure Sheet (PDS) from your servicing agent. Please make sure that you have read and understood the contents of the PDS before purchasing the product. / *Anda boleh minta sesalinan Lampiran Penerangan Produk dari ejen anda. Sila pastikan anda baca and faham kandungan Lampiran Penerangan Produk sebelum membeli produk tersebut.*

4. For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the Bahasa Malaysia provision, it is hereby agreed that the English version shall prevail. / *Bagi setiap tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau ketidakpastian berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan digunakan.*

Contact Us / *Hubungi Kami*

Chubb Insurance Malaysia Berhad (9827-A)
(Licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia)
Wisma Chubb
38 Jalan Sultan Ismail
50250 Kuala Lumpur, Malaysia
O +6 03 2058 3000
F +6 03 2058 3333
www.chubb.com/my

Chubb. Insured.℠

Published P19/06/18/V6