



LONPAC INSURANCE BHD (307414-T)

DMS/09/FC/P/002/June

Head Office : LG, 6th, 7th, 21st to 26th 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 1332, 2034 2654, 2715 0722, 2072 3385, 2715 0696, 2723 7886
Website: www.lonpac.com

FlexiCare PA

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

Cover Note No:
No. Surat Pengakuan
Perlindungan Sementara

Policy No:
No. Polisi

DETAILS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG

1. Proposer's Name in Full Nama Pencadang	:	<input type="text"/>
2. Correspondence Address Alamat Surat Menyurat	:	<input type="text"/>
3. NRIC No. No. K/P	:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
		Passport No. : <input type="text"/> No. Pasport
(NRIC/Passport Verified By : (No. Kad Pengenalan/ Paspot disahkan oleh	:	Signature & Name of Agent / Staff Tandatangan & Nama Agen/Kakitangan)
4. Date of Birth Tarikh Lahir	:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> dd/mm/yy / hh/bb/tt
5. Marital Status Taraf Perkahwinan	:	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Others Bujang Berkahwin Lain-lain
6. Nationality : Warganegara	:	<input type="text"/>
7. Telephone No. No. Telefon	:	O <input type="text"/> - <input type="text"/> H <input type="text"/> - <input type="text"/> Mobile Phone No: <input type="text"/> - <input type="text"/> Telefon Bimbit E-mail Add: <input type="text"/> E-mel
8. Profession/Occupation Pekerjaan	:	<input type="text"/>
(for self employed, please provide details of the nature of self employment) (untuk bekerja sendiri, sila nyatakan jenis pekerjaan)	:	
9. Name of Employer Nama Majikan	:	<input type="text"/>

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 SPOUSE (Fill in only if coverage is required) / BUTIR-BUTIR PASANGAN (sila lengkapkan jika perlu)

Name (as per NRIC) Nama (seperti di dalam Kad Pengenalan)	New NRIC / Passport No. No. K/P Baru / No. Paspot	Date of Birth Tarikh Lahir	Occupation Pekerjaan

Age Limit:

Adult (Insured & Insured's spouse) – between 16 to 70 years old

Limit Umur:

Dewasa (Pihak Diinsuranskan & Pasangan Pihak Diinsuranskan) – antara 16 hingga 70

DETAILS OF CHILD(REN) (Fill in only if coverage is required when one (1) Insured Adult is covered)

BUTIR-BUTIR ANAK (Sila lengkapkan sekiranya perlindungan diperlukan apabila seorang (1) Pihak Diinsuranskan Dewasa dilindungi)

Item Item	Name (as per NRIC) Nama (seperti di dalam Kad Pengenalan)	New NRIC / B.C. No. K/P Baru / Surat Beranak	Date of Birth Tarikh Lahir	Occupation Pekerjaan
1				
2				
3				
4				
5				

Age Limit:

Children – between 6 months and up to 18 years, or up to 23 years if in full time education at an accredited tertiary institution

Limit Umur:

Anak – antara 6 bulan dan sehingga 18 tahun, atau sehingga 23 tahun sekiranya masih menuntut di institusi pengajian tinggi yang diiktiraf

COVERAGE & PREMIUM / PERLINDUNGAN & PREMIUM

Section 1 Seksyen 1	Benefits Faedah		Sum Insured (RM) Jumlah Diinsuranskan (RM)							Children Anak Tanggung
			Insured Adult Dewasa Diinsuranskan							
			FC1	FC2	FC3	FC4	FC5	FC6	FC7	
Basic Cover Perlindungan Asas	1	Accidental Death Kematian Akibat Kemalangan	100,000	150,000	200,000	300,000	500,000	750,000	1,000,000	25% of parent's plan 25% dari Pelan Ibubapa
	2	Accidental Permanent Disablement Hilang Upaya Akibat Kemalangan	100,000	150,000	200,000	300,000	500,000	750,000	1,000,000	
	3	Medical Expenses Perbelanjaan Perubatan	4,000	5,000	6,000	7,000	8,000	9,000	10,000	
Free Cover Perlindungan Percuma	4	Human Immunodeficiency Virus (HIV) Virus Kurang Daya Tahan Penyakit (HIV)	10% of Principal Sum Insured 10% dari Jumlah Prinsipal Diinsuranskan							N/A
	5	Kidnap Benefit Faedah Penculikan	25,000							
	6	Personal Liability Liabiliti Peribadi	200,000							
	7	Double Indemnity Pampasan Berganda	200,000	300,000	400,000	600,000	1,000,000	1,500,000	2,000,000	
Premium (RM) Premium (RM)	Per Adult Setiap Dewasa	Class 1 & 2 Kelas 1 & 2	90	132	180	255	450	645	850	N/A
		Class 3 Kelas 3	160	255	360	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
	Per Child / Setiap Anak		18	27	35	53	88	132	175	N/A

Section 2 Seksyen 2	Benefits Faedah		Sum Insured (RM) Jumlah Diinsuranskan (RM)								Children Anak Tanggung
			Insured Adult Dewasa Diinsuranskan								
			FC1	FC2	FC3	FC4	FC5	FC6	FC7		
8	Weekly Benefits Faedah Mingguan	Class 1 & 2 Kelas 1 & 2	100	120	150	200	300	400	500	N/A	
		Class 3 Kelas 3	50	60	75	N/A	N/A	N/A	N/A		
9	Hospital Income Pendapatan Hospital		100	120	150	200	250	280	300		
10	Hospitalisation Allowance Elaun Kemasukan Hospital		3,000								
11	Bereavement Allowance (death caused by or in consequence of Dengue Fever, Malaria, Japanese Encephalitis (JE) or Chikungunya) Elaun Khairat Kematian (kematian disebabkan oleh atau akibat daripada Demam Denggi, Malaria, Japanese Encephalitis (JE) atau Chikungunya)		10% of Principal Sum Insured 10% dari Jumlah Prinsipal Diinsuranskan								
12	Funeral Expenses Perbelanjaan Pengebumian/Pembakaran		10,000								
13	Repatriation Expenses Perbelanjaan Bawa-Balik Jenazah		10,000								
14	Prostheses / Wheelchair Anggota Tiruan / Kerusi Roda		2,000								
15	Corrective Dental and/or Cosmetic Surgery Pembedahan Pembaikan Gigi dan/atau Pembedahan Plastik		10,000								
16	Ambulance Fees Bayaran Ambulans		500								
17	Accommodation Expenses Perbelanjaan Penginapan		3,000								
18	Modification of Lifestyle Expenses Perbelanjaan Mengubahsuaikan cara hidup		10,000								
Premium (RM) Premium (RM)	Class 1 & 2 Kelas 1 & 2		100	125	154	195	331	442	541	N/A	
	Class 3 Kelas 3		83	102	139	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	

TOTAL PREMIUM (Section 1 & Section 2) / JUMLAH PREMIUM (Seksyen 1 & Seksyen 2)

Premium (RM) Premium (RM)			Insured Adult / Children Dewasa / Anak Diinsuranskan						
			FC1	FC2	FC3	FC4	FC5	FC6	FC7
			Per Adult Setiap Dewasa	Class 1 & 2 Kelas 1 & 2	190	257	334	450	781
Class 3 Kelas 3	243	357		499	N/A	N/A	N/A	N/A	
Per Child / Setiap Anak		18	27	35	53	88	132	175	

CHOICE OF PLAN (Please tick the option that you required) / PILIHAN PELAN (Sila tandakan pilihan yang anda perlukan)

Option Pilihan	Insured Person Orang Diinsuranskan	FC1	FC2	FC3	FC4	FC5	FC6	FC7
Section 1 Seksyen 1	Proposer Pencadang							
	Spouse Pasangan							
Section 1 & 2 Seksyen 1 & 2	Proposer Pencadang							
	Spouse Pasangan							

IMPORTANT NOTICE:

- (a) This product is only applicable to Class 1, 2 & 3 Occupation. The Occupational Classification is defined as below.
- (b) Section 1 is basic cover and Section 2 is an optional cover.
- (c) Coverage is extended to Proposer's legal spouse and plan can either be similar, lower but not superior than the Proposer's plan.
- (d) Child(ren)* aged between 6 months and up to 18 years, or up to 23 years if in full time education at an accredited tertiary institution will be covered with NO additional premium provided both parents whose names are mentioned in the child's Birth Certificate and who are also an Insured Person under the same plan in this Policy. Coverage will be 25% of the Proposer's benefits under Accidental Death, Accidental Permanent Disablement and Medical Expenses only.
- (e) Child(ren)'s* premium is applicable if only one (1) Insured Adult is covered.
- (f) The Proposer/Proposer's legal spouse/Proposer's legal children is only eligible to purchase one (1) policy.
- (g) Premium above is excluding 5% Service Tax and RM10 Stamp Duty.
- * **Child(ren) is deemed to exclude adopted and/or step child(ren).**

NOTIS PENTING:

- (a) Produk ini hanya digunakan untuk Kelas Pekerjaan 1, 2 & 3. Pengkelasan Pekerjaan ditakrifkan seperti di bawah.
- (b) Seksyen 1 ialah perlindungan asas dan Seksyen 2 ialah perlindungan pilihan.
- (c) Perlindungan ditawarkan kepada pasangan sah di sisi undang-undang Pencadang dan pelan yang dipilih mestilah sama ada serupa, lebih rendah tetapi tidak boleh tinggi daripada pelan Pihak Pencadang.
- (d) Anak* yang berumur antara 6 bulan dan sehingga 18 tahun, atau sehingga 23 tahun jika masih menuntut di pusat pengajian tinggi yang diiktiraf akan dilindungi TANPA premium tambahan dengan syarat kedua-dua ibubapa namanya dinyatakan di dalam Sijil Kelahiran anak tersebut dan juga merupakan Orang Diinsuranskan di bawah pelan yang serupa dalam Polisi ini. Perlindungan adalah 25% daripada faedah Pencadang hanya untuk Kematian akibat Kemalangan, Hilang Upaya Kekal akibat Kemalangan dan Perbelanjaan Perubatan.
- (e) Premium untuk anak* dikenakan sekiranya hanya seorang (1) Pihak Diinsuranskan Dewasa dilindungi.
- (f) Pihak Pencadang/Pasangan Pencadang sah disisi undang-undang / Anak Pencadang sah disisi undang-undang hanya layak beli satu (1) polisi sahaja.
- (g) Premium di atas tidak termasuk Cukai Perkhidmatan 5% dan Setem Duti RM10.
- * **Anak tidak termasuk anak angkat dan/atau anak tiri.**

OCCUPATIONAL CLASSIFICATION / PENKELASAN PEKERJAAN

Class 1 Kelas 1	Professional, administrative, managerial, clerical and non-manual occupations <i>Profesional, pentadbiran, pengurusan, kerani dan pekerjaan yang tidak terlibat dengan kerja kasar</i>
Class 2 Kelas 2	Superintending but NOT engaging in manual labour <i>Menyelia tetapi tidak terlibat secara langsung dalam kerja kasar</i>
Class 3 Kelas 3	Engaging either occasionally or generally in manual labour (only involving non-hazardous occupations – excluding individuals using woodworking/ other dangerous machinery / engaged in heavy or extra hazardous duties. <i>Terlibat sama ada secara sekali-sekala atau amnya dengan kerja kasar (hanya yang berkaitan dengan pekerjaan yang tidak membahayakan – tidak termasuk individu yang terlibat dengan pekerjaan pertukangan kayu / penggunaan mesin / kerja berat atau membahayakan.</i>

DETAILS OF HEALTH & CLAIMS HISTORY / BUTIR KESIHATAN & SEJARAH TUNTUTAN

		Yes / Ya	No / Tidak
1	(a) Have you or your spouse and/or child(ren) ever made any claim in respect of accidental bodily injury against any insurer? <i>Pernahkan anda atau pasangan dan/atau anak 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 state the amount, nature of the claim and the name of the Insurance Company: <i>Jika YA, sila nyatakan amaun, jenis tuntutan dan nama Syarikat Insurans:</i> _____		
2	(a) Are you or your spouse and/or child(ren) presently covered under a Personal Accident or Medical Insurance? <i>Adakah anda atau pasangan dan/atau anak anda dilindungi di bawah Insurans Kemalangan Diri atau Kesihatan pada masa sekarang?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) If YES, please state the amount and the name of the Insurance Company: <i>Jika YA, sila nyatakan amaun dan nama Syarikat Insurans:</i> _____		
3	(a) Are you or your spouse and/or child(ren) generally in good health and free from any physical defects or infirmity? <i>Adakah anda atau pasangan dan/atau anak anda berada dalam keadaan kesihatan normal dan bebas dari sebarang masalah kecacatan atau keuzuran fizikal?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(b) If NO, please give details: <i>Jika TIDAK, sila nyatakan maklumat lengkap:</i> _____		

DECLARATION BY PROPOSER / PENGAKUAN 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 incorporated 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

<input type="checkbox"/>	Cheque / <i>Cek</i> Bank's Name: _____ <i>Nama Bank</i>	Cheque No.: _____ <i>No. Cek</i>	Amount (RM): _____ <i>Jumlah</i>											
<input type="checkbox"/>	Credit Card Payment - Please charge to my credit card account <i>Bayaran Kad Kredit - Sila caj kad kredit saya</i>													
Name of Card Holder / <i>Nama Pemegang Kad</i> : _____														
<input type="checkbox"/>	Visa	<input type="checkbox"/>	Master Card											
		Amount (RM): _____ <i>Jumlah</i>												
Card No. : <i>No. Kad</i>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Card Expiry Date : <i>Tarikh Luput Kad</i>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
														Name / <i>Nama</i> : _____
														NRIC No. / <i>No. KP</i> : _____
														Date / <i>Tarikh</i> : _____
Signature / <i>Tandatangan</i> _____														

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?
Adakah anda ingin membuat penamaan?
- Yes, please send me the Nomination Form for completion.
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.