

Z-MedProtect Proposal Form



IMPORTANT NOTE

Consumer Insurance Contract

Pursuant to Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, 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 questions in this Proposal Form. You must answer the questions 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 addition to answering the questions 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 and 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.

Non-Consumer Insurance Contract

Pursuant to Paragraph 4(1) of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this Insurance for the purpose of providing medical insurance benefits to your employees and their dependents, you have a duty to disclose any matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied and any matter a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant, otherwise it 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. 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

TAX

All premium and fees shown in this document may be subject to tax or other government levies.

A. POLICYHOLDER'S PARTICULARS (PLEASE USE BLOCK LETTERS/TICK (✓) APPROPRIATE BOX)

SALUTATION MR MRS MS MADAM OTHERS: _____

NAME OF POLICYHOLDER _____

HOUSE ADDRESS _____

CITY _____ STATE _____ POSTCODE _____

TEL. NO. HOME _____ OFFICE _____ MOBILE _____

NRIC NO. / PASSPORT NO. / BIRTH CERTIFICATE NO. _____

EMAIL _____

OCCUPATION _____ NATIONALITY _____

DATE OF BIRTH DD / MM / YYYY GENDER M F WEIGHT _____ kg HEIGHT _____ cm

DO YOU SMOKE OR VAPE? YES NO

RACE MALAY CHINESE INDIAN OTHERS

CASHLESS MEDICAL CARD PHYSICAL CARD E-CARD

B. INSURED PERSON'S PARTICULARS (PLEASE USE BLOCK LETTERS/TICK (✓) APPROPRIATE BOX)

(Please fill up this section if Policyholder and Insured Person are not the same person)

SALUTATION MR MRS MS MADAM OTHERS: _____

NAME OF INSURED PERSON _____

NRIC NO. / PASSPORT NO. / BIRTH CERTIFICATE NO. _____

EMAIL _____
 OCCUPATION _____ NATIONALITY _____
 DATE OF BIRTH DD/MM/YYYY GENDER M F WEIGHT _____ kg HEIGHT _____ cm
 DO YOU SMOKE OR VAPE? YES NO

C. SPOUSE'S PARTICULARS (PLEASE USE BLOCK LETTERS/TICK (✓) APPROPRIATE BOX)

SALUTATION MR MRS MS MADAM OTHERS: _____
 NAME OF INSURED PERSON _____
 NRIC NO. / PASSPORT NO. / BIRTH CERTIFICATE NO. _____
 EMAIL _____
 OCCUPATION _____ NATIONALITY _____
 DATE OF BIRTH DD/MM/YYYY GENDER M F WEIGHT _____ kg HEIGHT _____ cm
 DO YOU SMOKE OR VAPE? YES NO

D. CHILD(REN)'S PARTICULARS (PLEASE USE BLOCK LETTERS/TICK (✓) APPROPRIATE BOX)

NAME OF CHILD _____ DATE OF BIRTH <u>DD/MM/YYYY</u> AGE: _____ GENDER <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F NRIC NO. / BIRTH CERTIFICATE NO.: _____ WEIGHT _____ kg HEIGHT _____ cm OCCUPATION _____ DO YOU SMOKE OR VAPE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	NAME OF CHILD _____ DATE OF BIRTH <u>DD/MM/YYYY</u> AGE: _____ GENDER <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F NRIC NO. / BIRTH CERTIFICATE NO.: _____ WEIGHT _____ kg HEIGHT _____ cm OCCUPATION _____ DO YOU SMOKE OR VAPE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
NAME OF CHILD _____ DATE OF BIRTH <u>DD/MM/YYYY</u> AGE: _____ GENDER <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F NRIC NO. / BIRTH CERTIFICATE NO.: _____ WEIGHT _____ kg HEIGHT _____ cm OCCUPATION _____ DO YOU SMOKE OR VAPE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	NAME OF CHILD _____ DATE OF BIRTH <u>DD/MM/YYYY</u> AGE: _____ GENDER <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F NRIC NO. / BIRTH CERTIFICATE NO.: _____ WEIGHT _____ kg HEIGHT _____ cm OCCUPATION _____ DO YOU SMOKE OR VAPE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

E. DETAILS OF INSURANCE

	Name	Age next birthday	Plan	Deductible Option*	Loading/Discount	Premium (RM)
Insured Person						
Spouse						
Children 1						
Children 2						
Children 3						
Children 4						
Total				-		
Tax (where applicable)				-		
Stamp duty				-	-	10.00
Total premium payable				-		

*PREMIUM DISCOUNT (DEDUCTIBLE):

(A) 0% (RM 0) (B) 15% (RM 5,000) (C) 30% (RM 10,000) (D) 50% (RM 20,000)

F. HEALTH DECLARATION

No.	Question	Yes	No
1	Has person to be insured ever in respect of any medical or health insurance, had an insurer defer or decline a proposal, refuse renewal or terminate insurance? If YES, please state reason and provide the name of the insurance company.		
2	Has person to be insured:		
	a. Suffered from any physical impairment, infirmity or abnormality or congenital conditions?		
	b. Had or ever been advised to have any medical check-up, x-ray scan, blood test, urine test, ECG or is currently under observation and/or receiving treatment or taking any medication in the past twelve (12) months?		
	c. Has or had any abnormal blood, urine or any other investigation test result in the past twelve (12) months?		
	d. Undergone any surgical operation or suffered any illness, disorder or injury during the past three (3) years which has required any form of medical or specialized examination or consultation or hospitalization, or that may require future treatment?		
	e. Seen a doctor / specialist for medical or surgical advise, diagnostic test or investigation including test or treatment that has not been performed or completed?		
	f. Had any surgery planned in the next six (6) months?		
3	Has the person to be insured ever suffered from or been treated, told by or consulted a medical practitioner for:		
	a. Disease or disorder of the eyes, ears, nose, mouth or throat?		
	b. Fits, epilepsy, recurrent dizziness or headache, fainting, sclerosis, mental or nervous disorder, paralysis, depression, psychiatric or psychological disorders, blackout or of any kind?		
	c. Persistent cough, coughing blood, asthma, bronchitis, tuberculosis or any other disorders of respiratory disorder?		
	d. High or low blood pressure, heart disease, chest pain or discomfort or tightness, heart attack, stroke, shortness of breath, rheumatic fever, anaemia or disorder of blood, other disease of the heart or blood vessels or any form of circulatory disorder, palpitation or any other disorders of the heart?		
	e. Stone or any other disorder of kidney or urinary system, sugar, protein or blood in urine or menstrual disorder?		
	f. Rheumatism, slipped disc, arthritis, gout or disorder of muscles or joints, spinal disorder or back pain, skin disorder?		
	g. Gastritis, ulcer or any other disorders of stomach or intestine, prostate conditions, haemorrhoids or hernia?		
	h. Diabetes mellitus, thyroid conditions?		
	i. Liver disorder or disease, gall bladder stone or any other disorder of gall bladder, hepatitis of any kind or jaundice?		
	j. Tumours, cancer, cysts, nodules, polyps, growth and lumps of any kind including malignant blood/ leukemia?		
	k. Varicose veins or deep vein thrombosis?		
	l. HIV (Human immunodeficiency virus), AIDS (acquired immunodeficiency syndrome) or other sexually transmitted disease?		
	m. Any illness, disease, injury, disabilities or amputation not mentioned above?		
4	Female to be insured: Is the person to be insured now pregnant? If yes, how many month? _____ months		
5	For children below two (2) years old: Was this child born premature or pre-term? If yes, please provide birth weight and number of weeks premature. Birth weight: _____ Week of delivery: _____		

6. If any of the answers is "Yes" to questions 1 to 5 please give details below and number your answers to correspond with the number of the questions to which the answer applies:

Question No. _____
 Name of Insured Person _____
 Type and Date of Disability _____
 Current Status of Disability _____
 Name and Address of Hospital and Physician _____

Question No. _____
 Name of Insured Person _____
 Type and Date of Disability _____
 Current Status of Disability _____
 Name and Address of Hospital and Physician _____

7. Name and address of your regular or last visited clinic:

Name _____
 Address _____
 Reason for visit _____
 Date of visit _____

Additional

- 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.

G. DECLARATION

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 acknowledge that the liability of the Insurance Company does not commence until this proposal is accepted by and premium paid to the Insurance Company.

I/We hereby authorise any hospital, surgeon, medical practitioner or clinic or other person who attended to me/insured person 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 photocopy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

 Signature of Policyholder
 Name of Policyholder
 Date

H. NOMINATION

I hereby nominate the following person below as nominee(s) for the above insurance policy.

Full Name	NRIC	% of Shares	Date of Birth	Relationship	Address

 Signature of Witness
 Name
 NRIC No.

 Signature of Policyholder
 Name
 NRIC No.

Note

1. If your intention is for the nominee(s), other than your spouse, child or parent, to receive the policy benefits beneficially and not as an executor, then you must assign the policy benefits to your nominee(s).
2. The witness must be at least eighteen (18) years old, a person of sound mind and cannot be a named nominee.
3. A nominee of a Muslim policyowner upon receipt of policy money should distribute the policy moneys in accordance with Islamic Law.
4. Pursuant to Paragraph 5 Schedule 10 Financial Services Act 2013, a trust is automatically created if the nominee is a:
 - a. spouse,
 - b. child or
 - c. parent who is being nominated when there is no spouse or child living at the time of making the nomination.

I. Notice to Customers relating to the Personal Data Protection Act 2010

By this Privacy Notice we seek your consent on collection, processing, using, sharing, of your information by and for Zurich General Insurance Malaysia Berhad.

1. By signing up for any product offered by Zurich General Insurance Malaysia Berhad ("the Company"), interacting with us and submitting your information to us, you have consented on collection, processing, using, sharing of your personal data including your sensitive personal data by and for Zurich General Insurance Malaysia Berhad. The personal information of customers collected or held by Zurich General Insurance Malaysia Berhad may be used by the Company for the following obligatory purposes necessary in providing services to the customers (otherwise the Company is unable to provide services to customers who fail to provide the required information) which includes but not limited to:
 - i. For the performance of an insurance contract;
 - ii. To comply with all applicable laws, rules, regulations, guidelines and / or other legal requirement;
 - iii. To litigate, defend, or respond accordingly to an actual or potential lawsuit or queries involving regulatory and non-regulatory bodies;
 - iv. To comply with legitimate requests or orders of the courts of Malaysia and regulators including but not limited to Bank Negara Malaysia, Ministry of Finance, Polis Diraja Malaysia, auditors, governmental bodies and government-related establishments;
 - v. To generally protect our rights and property and to ensure the technical competence and functioning of our systems;
 - vi. For risk management purpose;
 - vii. For the purpose of conducting due diligence process;
 - viii. Providing customer service;
 - ix. For research and development, analysis, product marketing, or study of customer's need purpose;
 - x. For all the other purposes incidental and associated with any of the above.
2. The Company may provide any personal information of customers to the following parties, within or outside of Malaysia, for the obligatory purposes which includes but not limited to: -
 - i. Individuals or Companies within the Zurich Insurance Group, or any other company carrying on insurance/ takaful or reinsurance/retakaful related business, or an intermediary;
 - ii. any agent, contractor or third-party service provider who provides services to the Zurich Insurance Group in connection with the operation of its business;
 - iii. third party service providers including legal advisors, accountants, investigators, loss adjusters, reinsurers, medical and rehabilitation consultants, surveyors, specialists, repairers and data processors;
 - iv. any person to whom the Zurich Insurance Group is under an obligation to make disclosure under the requirements of any law binding on the Zurich Insurance Group or any of its associated companies and for the purposes of any regulations, codes or guidelines issued by governmental, regulatory or other authorities with which the Zurich Insurance Group or any of its associated companies are expected to comply;
 - v. any person pursuant to any order of a court of competent jurisdiction.
3. Certain personal information collected or held by Zurich General Insurance Malaysia Berhad may be used by the company for voluntary purposes to provide marketing materials and conduct direct marketing activities in relation to insurance and/or financial products and services of the Zurich Insurance Group. If you choose to opt-out and not to receive any marketing material from the Zurich Insurance Group, you may contact us and we will accommodate your request.
4. You may choose to receive marketing material from other service providers and/or other related services of business partners, with whom Zurich General Insurance Malaysia Berhad maintains business referral or other arrangements by ticking the adjacent box.
5. All customers have the right to access, correct, or change any of their own personal information held by the company, and to opt-out of the Company's use and transfer of their personal information for the voluntary purposes, by request in writing to the Company at the below address. Requests for opt-out must state clearly the full name, identity document number, policy number, telephone number and address of the person making such request.
6. The Processing of your personal data is subject to Zurich General Insurance Malaysia Berhad's Personal Data Protection Notice, as published on <https://www.zurich.com.my/en/customer-hub/show-me-more-info/personal-data-protection-notice>.
7. If you wish to contact us or if you have any inquiries or complaints, please write to us
Email: callcentre@zurich.com.my
Postal: Zurich General Insurance Malaysia Berhad
Registration No. 201701035345 (1249516-V)
Level 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City,
59200 Kuala Lumpur, Malaysia.

We reserve the right to change our Privacy Notice from time to time in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010 and Personal Data Protection Code of Practice for Insurance and Takaful Industry in Malaysia.

Policyholder Consent: By ticking the adjacent box, I give my unconditional consent to the collection and processing of my personal data as described above.

Name:
Date:

Insured Person Consent: By ticking the adjacent box, I give my unconditional consent to the collection and processing of my personal data as described above.

Name:
Date:

Zurich General Insurance Malaysia Berhad
Registration No. 201701035345 (1249516-V)
Level 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia
Tel: 03-2109 6000 Fax: 03-2109 6888 Call Centre: 1-300-888-622
www.zurich.com.my



Z-MedProtect

Borang Cadangan



NOTA PENTING

Kontrak Insurans Pengguna

Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggung, anda mempunyai kewajiban untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini. Anda dikehendaki 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 kewajiban 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.

Kontrak Insurans Komersial

Menurut Perenggan 4(1) Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini untuk memberi manfaat insurans perubatan kepada pekerja dan tanggungan mereka, anda berkewajipan untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan, dan apa-apa perkara yang munasabah yang boleh dijangka, jika tidak ia boleh menyebabkan pembatalan kontrak insurans, keengganan atau pengurangan ganti rugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda.

Kewajipan pendedahan di atas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami. Anda juga mempunyai kewajiban 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.

CUKAI

Semua premium dan yuran di bawah Polisi ini mungkin tertakluk kepada Cukai atau sebarang levi kerajaan.

A. MAKLUMAT PEMILIK POLISI (SILA GUNAKAN HURUF BESAR/TANDAKAN (✓) KOTAK BERKENAAN)

GELARAN ENCIK PUAN CIK NYONYA LAIN-LAIN: _____

NAMA PEMILIK POLISI _____

ALAMAT RUMAH _____

BANDAR _____ NEGERI _____ POSKOD _____

NO. TEL. RUMAH _____ PEJABAT _____ TEL. BIMBIT _____

NO. KAD PENGENALAN / NO. PASPORT / NO. SIJIL KELAHIRAN _____

E-MEL _____

PEKERJAAN _____ WARGANEGARA _____

TARIKH LAHIR HH / BB / TTTT JANTINA L P BERAT _____ kg TINGGI _____ sm

ADAKAH ANDA MEROKOK ATAU MENGHISAP VAPE? YA TIDAK

BANGSA MELAYU CINA INDIA LAIN-LAIN

KAD MEDICAL TANPA TUNAI KAD FIZIKAL E-KAD

B. MAKLUMAT ORANG YANG DIINSURANSKAN (SILA GUNAKAN HURUF BESAR/TANDAKAN (✓) KOTAK BERKENAAN) (Sila isikan seksyen ini jika Pemilik Polisi dan Orang Yang Diinsuranskan adalah orang yang berlainan)

GELARAN ENCIK PUAN CIK NYONYA LAIN-LAIN: _____

NAMA ORANG YANG DIINSURANSKAN _____

NO. KAD PENGENALAN / NO. PASPORT / NO. SIJIL KELAHIRAN _____

E-MEL _____

PEKERJAAN _____ WARGANEGARA _____

TARIKH LAHIR HH / BB / TTTT JANTINA L P BERAT _____ kg TINGGI _____ sm

ADAKAH ANDA MEROKOK ATAU MENGHISAP VAPE? YA TIDAK

C. MAKLUMAT PASANGAN (SILA GUNAKAN HURUF BESAR/TANDAKAN (✓) KOTAK BERKENAAN)

GELARAN ENCIK PUAN CIK NYONYA LAIN-LAIN: _____

NAMA ORANG YANG DIINSURANSKAN _____

NO. KAD PENGENALAN / NO. PASPORT / NO. SIJIL KELAHIRAN _____

E-MEL _____

PEKERJAAN _____ WARGANEGARA _____

TARIKH LAHIR HH / BB / TTTT JANTINA L P BERAT _____ kg TINGGI _____ sm

ADAKAH ANDA MEROKOK ATAU MENGHISAP VAPE? YA TIDAK

D. MAKLUMAT ANAK-ANAK (SILA GUNAKAN HURUF BESAR/TANDAKAN (✓) KOTAK BERKENAAN)

NAMA ANAK _____

TARIKH LAHIR HH / BB / TTTT UMUR: _____

JANTINA L P

NO. KAD PENGENALAN / NO. SIJIL KELAHIRAN: _____

BERAT _____ kg TINGGI _____ sm

PEKERJAAN _____

ADAKAN ANDA MEROKOK ATAU MENGHISAP VAPE? YA TIDAK

NAMA ANAK _____

TARIKH LAHIR HH / BB / TTTT UMUR: _____

JANTINA L P

NO. KAD PENGENALAN / NO. SIJIL KELAHIRAN: _____

BERAT _____ kg TINGGI _____ sm

PEKERJAAN _____

ADAKAN ANDA MEROKOK ATAU MENGHISAP VAPE? YA TIDAK

NAMA ANAK _____

TARIKH LAHIR HH / BB / TTTT UMUR: _____

JANTINA L P

NO. KAD PENGENALAN / NO. SIJIL KELAHIRAN: _____

BERAT _____ kg TINGGI _____ sm

PEKERJAAN _____

ADAKAN ANDA MEROKOK ATAU MENGHISAP VAPE? YA TIDAK

NAMA ANAK _____

TARIKH LAHIR HH / BB / TTTT UMUR: _____

JANTINA L P

NO. KAD PENGENALAN / NO. SIJIL KELAHIRAN: _____

BERAT _____ kg TINGGI _____ sm

PEKERJAAN _____

ADAKAN ANDA MEROKOK ATAU MENGHISAP VAPE? YA TIDAK

E. MAKLUMAT INSURANS

	Nama	Umur pada hari lahir berikutnya	Pelan	Pilihan Penolakan*	Bebanan/Diskaun	Premium (RM)
Orang Yang Diinsuranskan						
Pasangan						
Anak 1						
Anak 2						
Anak 3						
Anak 4						
			Jumlah	-		
			Cukai (di mana berkenaan)	-		
			Duti Setem	-	-	10.00
			Jumlah Premium Yang Perlu Dibayar	-		

*DISKAUN PREMIUM (PENOLAKAN):

(A) 0% (RM 0)

(B) 15% (RM 5,000)

(C) 30% (RM 10,000)

(D) 50% (RM 20,000)

F. PENGISYTIHARAN KESIHATAN

No.	Soalan	Ya	Tidak
1	Berkeenaan insurans perubatan atau kesihatan orang yang akan diinsuranskan, pernahkan penyedia insurans menunda atau menolak cadangan, tidak mahu memperbaharui atau memberhentikan polisi insurans? Jika "Ya", sila nyatakan sebab dan nama syarikat Insurans.		
2	Adakah orang yang akan diinsuranskan:		
	a. Mengalami atau mempunyai kecacatan fizikal, keadaan lemah atau ketaknormalan atau kongenital?		
	b. Pernah menjalani atau dinasihatkan untuk menjalani pemeriksaan kesihatan, imbasan x-ray, ujian darah, ujian air kencing, ECG, atau kini sedang dalam pengawasan dan/atau menjalani rawatan atau mengambil ubat-ubatan dalam tempoh dua-belas (12) bulan yang lalu?		
	c. Mempunyai atau pernah menerima keputusan ujian pemeriksaan darah, air kencing atau pemeriksaan lain yang abnormal dalam tempoh dua-belas (12) bulan yang lalu?		
	d. Menjalani pembedahan atau menderita akibat serangan penyakit, gangguan atau kecederaan dalam tempoh tiga (3) tahun yang lalu yang memerlukan sebarang jenis perubatan atau pemeriksaan khusus atau perundingan atau kemasukan ke hospital, atau mungkin memerlukan rawatan pada masa hadapan.		
	e. Berjumps doktor/pakar bagi mendapatkan rundingan perubatan atau pembedahan, ujian diagnostik atau penyiasatan termasuk ujian atau rawatan yang masih belum dijalankan atau dilengkapkan?		
	f. Mempunyai pembedahan yang dirancang dalam tempoh enam (6) bulan akan datang?		
3	Pernahkah orang yang akan diinsuranskan pernah menghidapi atau pernah dirawat, diberitahu oleh atau berjumpa dengan pengamal perubatan untuk:		
	a. Masalah atau penyakit mata, telinga, hidung, mulut atau tekak?		
	b. Sawan, epilepsi, pening atau sakit kepala berulang, pengsan, sklerosis, penyakit mental atau gangguan saraf, lumpuh, kemurungan, gangguan psikiatri atau psikologi, pitam atau seumpamanya?		
	c. Batuk kronik, batuk berdarah, asma, bronkitis, tibi atau lain-lain penyakit paru-paru atau saluran pemapasan?		
	d. Tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit jantung, sakit dada atau ketidakselesaan atau sesak dada, serangan jantung, nafa pendeks, demam reumatik, anemia atau masalah darah, lain-lain penyakit jantung atau saluran darah atau sebarang bentuk masalah peredaran darah, palpitasi atau sebarang masalah jantung yang lain?		
	e. Batu karang atau sebarang masalah lain buah pinggang atau sistem pundi kencing lain, gula, protein atau darah dalam air kencing atau masalah haid?		
	f. Penyakit sendi, cakera tergelincir, penyakit arthritis, gout atau masalah otot dan sendi, masalah tulang belakang atau sakit belakang atau penyakit kulit?		
	g. Gastritis, ulser atau sebarang penyakit perut atau usus yang lain, keadaan prostat, hemoroid atau hernia?		
	h. Kencing manis, masalah kelenjar tiroid?		
	i. Masalah atau penyakit hati, batu pundi hempedu atau sebarang masalah pundi hempedu yang lain, apa-apa jenis hepatitis atau penyakit kuning?		
	j. Tumor, kanser, sista, nodul, polip, ketumbuhan dan ketulan dalam apa jua bentuk termasuk malignan dalam darah/leukemia?		
	k. Vena varikos atau trombosis urat yang mendalam?		
	l. HIV positif, AIDS atau penyakit yang berkaitan dengan penyakit kelamin?		
	m. Sebarang keuzuran, penyakit atau kecederaan yang tidak dinyatakan di atas?		
4	Pemohon perempuan: Adakah orang yang akan diinsuranskan kini hamil? Jika Ya, sudah berapa bulan? __bulan		
5	Untuk anak-anak di bawah umur dua (2) tahun: Adakah anak ini telah dilahirkan pra-matang atau sebelum cukup waktunya? Jika Ya, sila nyatakan berat bayi ketika lahir dan tempoh kelahiran awal dalam minggu. Berat Bayi: _____ kilogram Tempoh kelahiran awal: _____ minggu		

6. Jika mana-mana jawapan kepada Soalan 1 hingga 5 di atas adalah "Ya", sila berikan keterangan di bawah dan nomborkan jawapan anda mengikut nombor soalan yang dijawab:

No. Soalan _____
 Nama Orang Yang Diinsuranskan _____
 Jenis dan Tarikh Hilang Upaya _____
 Status Semasa Hilang Upaya _____
 Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan _____

No. Soalan _____
 Nama Orang Yang Diinsuranskan _____
 Jenis dan Tarikh Hilang Upaya _____
 Status Semasa Hilang Upaya _____
 Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan _____

7. Nama dan alamat klinik anda yang biasa kunjungi atau klinik terakhir yang anda kunjungi:

Nama _____
 Alamat _____
 Sebab Kunjungan _____
 Tarikh Kunjungan _____

Tambahan

- Kami mungkin akan bertanya beberapa soalan tambahan jika perlu.
- Soalan-soalan pada borang cadangan dan lain-lain butiran yang diminta secara khusus berkait dengan fakta-fakta yang dianggap penting oleh pihak kami untuk proses pengunderaitan insurans ini. Walau bagaimanapun, disebabkan tiada senarai soalan-soalan yang lengkap, sila pertimbangkan sama ada terdapat apa-apa maklumat penting yang anda ketahui yang dapat mempengaruhi penilaian dan penerimaan risiko.

G. PERAKUAN

Saya/Kami faham bahawa menjadi tanggungjawab saya/kami untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak membuat salah nyata semasa menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini dan saya/kami dengan ini mengaku bahawa saya/kami telah menjawab soalan di atas dengan sepenuhnya dan dengan tepat.

Saya/Kami menerima bahawa liabiliti Syarikat Insurans tidak akan bermula sehingga permohonan ini diterima dan premium dibayar kepada Syarikat Insurans.

Saya/Kami dengan ini mengizinkan mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik atau orang lain yang merawat saya/Kami di atas sebarang sebab untuk mengemukakan kepada Syarikat Insurans sebarang dan kesemua maklumat yang berkenaan dengan sebarang penyakit atau kecederaan serta mengemukakan salinan semua rekod/sijil hospital atau perubatan, termasuk sebarang sejarah perubatan terdahulu. Salinan foto keizinan ini adalah berkuasa dan sah sepertimana yang asal.

 Tandatangan Pemilik Polisi
 Nama Pemilik Polisi
 Tarikh

H. BORANG PENAMAAN

Saya dengan ini menamakan orang yang berikut sebagai penama-penama bagi polisi insurans di atas.

Nama Penuh	No K/P	% Perkongsian	Tarikh Lahir	Hubungan	Alamat

 Tandatangan Saksi
 Nama
 No. Kad Pengenalan

 Tandatangan Pemilik Polisi
 Nama
 No. Kad Pengenalan

Nota

1. Jika anda mahukan penama yang dinamakan di atas, selain suami/isteri, anak atau ibu bapa, untuk menerima manfaat polisi sebagai benefisiari dan bukan sebagai pelaksana polisi, anda mestilah menyerahkan hak manfaat polisi kepada penama berkenaan.
2. Saksi mestilah seorang yang waras, mencapai usia lapan belas (18) tahun dan bukan merupakan penama yang dinamakan .
3. Penama bagi pemilik polisi beragama Islam apabila menerima duit polisi, hendaklah mengagihkan duit polisi mengikut Undang-Undang Islam.

4. Menurut Perenggan 5 Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, amanah akan secara automatik diwujudkan sekiranya penama adalah:
- suami / isteri,
 - anak atau
 - ibu bapa yang dinamakan apabila tiada suami / isteri atau anak yang hidup ketika penamaan dibuat.

I. Notis kepada Pelanggan berkaitan dengan Akta Perlindungan Data Peribadi 2010

Dengan Notis Privasi ini, kami ingin mendapatkan persetujuan anda untuk mengumpul, memproses, mengguna dan berkongsi maklumat anda dengan dan untuk Zurich General Insurance Malaysia Berhad.

- Dengan mendaftar untuk mana-mana produk yang ditawarkan oleh Zurich General Insurance Malaysia Berhad ("Syarikat"), berinteraksi dengan kami dan menghantar maklumat anda kepada kami, anda telah bersetuju untuk kami mengumpul, memproses, mengguna dan berkongsi data peribadi anda termasuk data peribadi sensitif anda dengan dan untuk Zurich General Insurance Malaysia Berhad. Maklumat peribadi pelanggan yang dikumpul atau di bawah jagaan Zurich General Insurance Malaysia Berhad boleh digunakan oleh Syarikat bagi tujuan wajib perlu dalam menyediakan perkhidmatan kepada pelanggan (jika tidak Syarikat tidak dapat menyediakan perkhidmatan kepada pelanggan yang gagal memberikan maklumat yang diperlukan) yang antara lain termasuk namun tidak terhad kepada:
 - Untuk melaksanakan pelaksanaan kontrak insurans;
 - Untuk mematuhi semua undang-undang, peraturan, tetapan, garis panduan dan/atau keperluan perundangan;
 - Untuk mengendalikan, mempertahankan, atau bertindak balas dengan sewajarnya terhadap tuntutan sebenar atau berpotensi atau pertanyaan yang melibatkan pihak berkuasa atau tidak;
 - Untuk mematuhi permintaan yang sah atau perintah mahkamah Malaysia dan badan berkuasa termasuk dan tidak terhad kepada Bank Negara Malaysia, Kementerian Kewangan, Polis Diraja Malaysia, juruaudit, pertubuhan kerajaan dan pertubuhan yang berkaitan dengan kerajaan;
 - Secara umumnya untuk melindungi hak dan harta benda kami dan untuk memastikan kecekapan teknikal dan fungsi sistem kami;
 - Untuk tujuan pengurusan risiko;
 - Untuk tujuan melaksanakan proses penelitian wajar;
 - Menyediakan perkhidmatan pelanggan;
 - Untuk penyelidikan dan pembangunan, analisis, pemasaran produk atau kajian keperluan pelanggan;
 - Untuk semua tujuan lain yang berkaitan dan berhubung dengan perkara di atas.
- Syarikat boleh memberikan apa-apa maklumat peribadi pelanggan kepada pihak berikut, di dalam atau di luar Malaysia, bagi tujuan tersebut yang antara lain termasuk namun tidak terhad kepada:-
 - Individu atau Syarikat dalam Kumpulan Insurans Zurich, atau sebarang syarikat lain yang menjalankan perniagaan insurans/takaful atau insurans/takaful semula yang berkaitan, atau syarikat perantara;
 - mana-mana ejen, kontraktor atau pembekal perkhidmatan pihak ketiga yang menyediakan perkhidmatan kepada Kumpulan Insurans Zurich berkaitan dengan operasi perniagaan;
 - pembekal perkhidmatan pihak ketiga termasuk penasihat undang-undang, akauntan, penasihat, pentaksir kerugian, penanggung insurans/takaful semula, perunding perubatan dan pemulihan, juruukur, pakar mekanik, dan pemproses data;
 - mana-mana pihak di bawah Kumpulan Insurans Zurich yang diwajibkan membuat pendedahan di bawah obligasi sebarang undang-undang yang wajib dipatuhi oleh Kumpulan Insurans Zurich atau mana-mana syarikat bersekutunya, kod atau garis panduan yang dikeluarkan oleh kerajaan, pihak berkuasa atau pihak berwajib lain yang perlu dipatuhi oleh Kumpulan Insurans Zurich atau mana syarikat bersekutunya;
 - mana-mana pihak menurut sebarang perintah mahkamah yang mempunyai bidang kuasa sewajarnya.
- Maklumat peribadi tertentu yang dikumpul atau di bawah jagaan Zurich General Insurance Malaysia Berhad boleh digunakan oleh Syarikat untuk tujuan sukarela dalam membekalkan bahan pemasaran dan menjalankan aktiviti pemasaran langsung berhubung dengan insurans dan/atau produk dan perkhidmatan kewangan Kumpulan Insurans Zurich. Jika anda memilih untuk tidak menerima apa-apa bahan pemasaran daripada Kumpulan Insurans Zurich, anda boleh menghubungi kami dan kami akan memenuhi permintaan anda.
- Anda boleh memilih untuk menerima bahan pemasaran daripada pembekal perkhidmatan dan/atau perkhidmatan lain yang berkaitan dengan rakan perniagaan, dengan siapa Zurich General Insurance Malaysia Berhad mengekalkan rujukan perniagaan atau urusan lain dengan menandakan kotak di sebelah.
- Semua pelanggan berhak untuk mengakses, membetulkan, atau menggubah data peribadi mereka sendiri yang disimpan oleh Syarikat, dan untuk memilih keluar daripada penggunaan Syarikat dan tidak membenarkan penggunaan data peribadi secara sukarela. Permintaan untuk tidak membenarkan penggunaan data peribadi hendaklah disertakan dengan jelas nama penuh, nombor kad pengenalan, nombor polisi, nombor telefon dan alamat pemohon.
- Pemprosesan data peribadi anda adalah tertakluk kepada Notis Perlindungan Data Peribadi Zurich General Insurance Malaysia Berhad seperti yang disiarkan dalam <https://www.zurich.com.my/en/customer-hub/show-me-more-info/personal-data-protection-notice>.
- Sekiranya anda ingin menghubungi kami atau mempunyai sebarang pertanyaan atau aduan, sila hubungi kami
Emel: callcentre@zurich.com.my
Alamat: Zurich General Insurance Malaysia Berhad
Aras 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City,
59200 Kuala Lumpur, Malaysia.

Kami berhak untuk menukar Notis Privasi kami sejajar dengan keperluan yang ditetapkan dalam Akta Perlindungan Data Peribadi 2010 dan Kod Amalan Perlindungan Data Peribadi untuk Industri Insurans dan Takaful di Malaysia.

Keizinan Pemilik Polisi: Dengan menandakan kotak bersebelahan, Saya memberi keizinan tanpa syarat untuk pengumpulan dan pemprosesan data peribadi saya yang dinyatakan di atas.

Nama:
Tarikh:

Keizinan Orang Yang Diinsuranskan: Dengan menandakan kotak bersebelahan, Saya memberi keizinan tanpa syarat untuk pengumpulan dan pemprosesan data peribadi saya yang dinyatakan di atas.

Nama:
Tarikh:

Zurich General Insurance Malaysia Berhad
No. Pendaftaran 201701035345 (1249516-V)
Aras 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia
Tel: 03-2109 6000 Faks: 03-2109 6888 Pusat Panggilan: 1-300-888-622

