

Foreign Workers Hospitalization & Surgical Scheme

Skim Kemasukan Hospital & Pembedahan Pekerja Asing

Proposal Form / *Borang Cadangan*



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

Jika Anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk diri sendiri/keluarga/tanggungannya, 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 diatas 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.

For Office Use Only / Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja

Agency Account No. / No. Akaun Agensi:

Reference No. / No. Rujukan:

Employer's Particulars / Butir-butir Majikan

Business Registration No./NRIC. / No. Pendaftaran Syarikat/KP

Name of Proposer/Employer / Nama Pencadang/Majikan

Address of Employer / Alamat Majikan

Postcode / Poskod

E-mail / E-mail _____

Tel No. / No. Tel _____ Handphone No. / No. Telefon Bimbit _____
(Office/ Pejabat)

Business/Occupation / Perniagaan/Pekerjaan _____

Period of Insurance Coverage / Tempoh Perlindungan Insurans

Period of Coverage / Tempoh Perlindungan Months / Bulan

Date of Coverage / Tarikh Perlindungan _____

From / Dari _____ To / Hingga _____

No. of worker(s) to be insured workers (if more than one (1) worker, please complete the Workers Particulars Form)
Bilangan pekerja yang akan diinsuranskan pekerja (jika lebih dari seorang (1) pekerja,
sila lengkapkan Borang Butir-Butir Pekerja yang disertakan dalam lampiran ini)

Place of Employment / Tempat Pekerjaan

To be filled up only if Place of Employment Address is not the same as the Address of Employer above
Hanya perlu diisi sekiranya Alamat Tempat Pekerjaan berlainan dengan Alamat Majikan di atas

a) Business Registration No./NRIC/Passport/Construction Site No./Project Reference No.
No. Pendaftaran Syarikat/KP/Pasport/Rujukan Tapak Pembinaan/Rujukan Projek:

b) Place of Employment Address / Alamat Tempat Pekerjaan

Foreign Worker's Particulars (if application is for only one (1) worker, please complete the following particular)

Butir-butir Pekerja Asing (jika permohonan untuk seorang (1) pekerja, sila lengkapkan butir-butir berikut)

Name of Worker / Nama Pekerja _____

Nationality / Warganegara _____

Passport No. / No. Pasport _____ Date of Birth / Tarikh Lahir _____

Gender / Jantina

Male / Lelaki Female / Perempuan

Marital Status / Status Perkahwinan

Single / Bujang Married / Kahwin Divorced / Berceraai Widow/Widower / Janda/Duda

Work Permit No. / No. Permit Kerja _____

Work Permit Expiry Date /
Tarikh Luput Permit Kerja _____

Nature of Work / Jenis Pekerjaan _____

Who will be paying the premium for this insurance policy? / Siapakah yang akan membayar premium untuk polisi insurans ini?

Employer / Majikan Foreign workers themselves / Pekerja asing sendiri

Details of Payment / Butir-butir Bayaran		
Annual Premium (Before applicable taxes) <i>Premium Tahunan (Sebelum cukai yang berkenaan)</i>	RM	120.00 per worker / setiap pekerja
Applicable Taxes / Cukai yang Berkenaan	RM	per worker / setiap pekerja
Total Premium (subject to applicable taxes) / Jumlah Premium <i>(tertakluk kepada cukai yang berkenaan)</i>	RM	per worker / setiap pekerja
Stamp Duty / Duti Setem	RM	10.00
Total / Jumlah	RM	

All Cheques must be made payable to "Chubb Insurance Malaysia Berhad".
Semua Cek hendaklah dibayar atas nama "Chubb Insurance Malaysia Berhad"

For Office Use Only / Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja

Enclosed herewith payment Cash/Cheque No. / Bersama ini disertakan bayaran Tunai/Cek No. _____
amounting to RM / berjumlah RM _____

Signature
Tandatangan

Date / Time Received
Tarikh / Masa Diterima

Description of Benefits/Coverage / Keterangan Faedah/Perlindungan

Hospital & Surgical Benefits / Manfaat Kemasukan Ke Hospital & Pembedahan	
1(a) Daily Hospital Room & Board (Maximum up to thirty (30) days) <i>Bilik Hospital & Makan Harian (Maksimum sehingga tiga puluh (30) hari)</i>	As charged in accordance to charges consistent with Third (3rd) Class Room and Board to a maximum of RM160.00 per day in a Non-Corporatised Malaysian Government Hospital in conformance to the charges specified under Fees Act 1951, Fees (Medical) Order 1982. <i>Bayaran yang dikenakan mengikut bayaran yang selaras dengan Bilik dan Makan Kelas Ketiga (ke-3) sehingga maksimum RM160 sehari di Hospital Kerajaan Malaysia Bukan Korporat mengikut Akta Fi 1951, Perintah Fi (Perubatan) 1982.</i>
1(b) Intensive Care Unit [ICU] (Maximum up to fifteen (15) days) <i>Unit Rawatan Rapi (Maksimum sehingga lima belas (15) hari)</i>	
2 Hospital Supplies and Services / <i>Bekalan dan Khidmat Hospital</i>	
3 Operating Theatre / <i>Bilik Bedah</i>	
4 Surgical Fees (Exclude organ transplantation) <i>Bayaran Pembedahan (Tidak termasuk pemindahan organ)</i>	
5 Anesthetist's Fees / <i>Bayaran Pakar Bius</i>	
6 In-Hospital Physician Visits (Maximum up to thirty (30) days) <i>Lawatan Pakar Perubatan Dalam Hospital (Maksimum sehingga tiga puluh (30) hari)</i>	
7 In-Hospital Specialist Consultation Visits (Maximum up to thirty (30) days) <i>Lawatan Rundingan Pakar Dalam Hospital (Maksimum sehingga tiga puluh (30) hari)</i>	
8 Ambulance Fees/Medical Report Fees / <i>Bayaran Ambulans/Bayaran Laporan Perubatan</i>	
Maximum overall annual limit (Items 1 to 8) / <i>had maksimum tahunan keseluruhan (Butir 1 hingga 8)</i>	RM 20,000.00

Important Note: All benefits payable for any number of disabilities in any one given period of insurance is subject to Overall Annual Limit of RM20,000.00 per Insured Person.

Nota Penting: Semua manfaat berbayar bagi apa-apa bilangan hilang upaya dalam mana-mana satu tempoh Insurans adalah tertakluk kepada Had Tahunan Keseluruhan sebanyak RM20,000.00 bagi setiap Orang Yang Diinsuranskan.

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 attends 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.

Saya/Kami faham bahawa menjadi 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 berkesan dan sah sebagai asli.

Signature of Proposer / Company Rubber Stamp
Tandatangan Pencadang / Cap Syarikat

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 comments.

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

Name / Nama

Date / Tarikh

Important Notice / Notis Penting

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 boleh merujuk buku panduan pendidikan pengguna yang disediakan oleh Bank Negara Malaysia.*

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.*

For all intents and purpose 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 kekaburan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan digunakan.*

Contact Us / Hubungi Kami

Chubb Insurance Malaysia Berhad

Registration No: 197001000564 (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.SM