



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  Old I.C. No. / No. KP Lama

Date of Birth / Tarikh Lahir  /  /  /  /  /  /  /

Height / Ketinggian (cm)  /  /  Weight / Berat (kg)  /  /

Gender / Jantina  Male / Lelaki  Female / Perempuan

Marital Status / Taraf Perkahwinan  Single / Bujang  Married / Berkahwin  Others / Lain-lain

Nationality / Warganegara  Malaysian / Malaysia  Others / Lain-lain

Occupation / Pekerjaan

Period Of Insurance / Tempoh Insurans From / Dari  /  /  /  /  /  to / hingga  /  /  /  /  /

Kindly tick the Plan selected / Sila tandakan Pelan yang dipilih

**Plan Proposed For / Pelan Yang Dicapadangkan**

Plan / Pelan  A (R&B RM300)  B (R&B RM250)  C (R&B RM200)  D (R&B RM150)  
 E (R&B RM100)  F (R&B RM60)

Coverage / Perlindungan  Self / Diri  Self & Spouse / Diri & Pasangan  
 Self & Children / Diri & Anak  Whole Family / Seisi Keluarga

**Particulars of Covered Person(s) / Butiran Orang Dilindungi**

Covered Person(s) Orang yang Dilindungi	Name / Nama	I.C. / Birth Cert. No. No. KP / Sijil Lahir	Gender Jantina	Birth Date Tarikh Lahir	Annual Premium (subject to Stamp duty and Applicable Taxes) Premium Tahunan (tertakluk kepada duti setem dan Cukai yang Berkenaan)
Insured Person Orang yang Diinsuranskan					
Spouse / Pasangan					
Children / Anak					
Stamp Duty / Duti Setem					RM10.00
Total Premium Due / Jumlah Premium Perlu Dibayar					

**Other Particulars of Spouse / Butiran Lain Pasangan**

1. Race / Keturunan

2. Nationality / Kewarganegaraan

3. Height / Ketinggian (cm)  /  /  Weight / Berat (kg)  /  /

4. Occupation (describe exact duties) / Pekerjaan (terangkan tugas sebenar)

Note / Catatan (1) If the space above is insufficient, kindly provide particulars on separate attachment. / Jika ruang di atas tidak mencukupi, sila kemukakan butiran pada lampiran yang berasingan.  
(2) Kindly enclose a photocopy of NRIC or birth certificate for all Insured Person. / Sila sertakan salinan KP atau sijil beranak bagi semua Orang yang Diinsuranskan.

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 abnormality or congenital conditions? / Adakah anda atau sesiapa yang akan diinsuranskan sedang mengalami 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? / Arthritis, 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, gonorrhoea or non-specific urethritis? / Penyakit yang berjangkit melalui seks seperti sifilis, gonorea atau urethritis 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.	<table border="1"> <tr> <td>Question No. / No. Soalan :</td> <td>Question No. / No. Soalan :</td> </tr> <tr> <td>Name of Person / Nama :</td> <td>Name of Person / Nama :</td> </tr> <tr> <td>Type and Date of Disability / Jenis dan Tarikh Ketidakupayaan :</td> <td>Type and Date of Disability / Jenis dan Tarikh Ketidakupayaan :</td> </tr> <tr> <td>Current Status of Disability / Status Semasa Ketidakupayaan :</td> <td>Current Status of Disability / Status Semasa Ketidakupayaan :</td> </tr> <tr> <td>Name and Address of Hospital and Physician / Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan :</td> <td>Name and Address of Hospital and Physician / Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan :</td> </tr> </table>								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 :
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 :																	
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 berkaitan dengan fakta-fakta yang dianggap penting oleh 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.																		

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

**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 berkesan 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](http://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](http://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*

