



# LONPAC INSURANCE BHD (307414-T)

**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

DMS/08/PAP/P/003/Sept.

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

## PA PLUS

### 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 adalah dikehendaki memberitahu dengan sepenuhnya semua butir-butir yang anda tahu atau yang anda patut tahu dalam borang cadangan ini, jika tidak polisi yang dikeluarkan menurut cadangan ini 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

Policy No: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
 No. Polisi

#### DETAILS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG

|   |   |  |                         |                          |                             |                          |                            |                  |  |                        |                          |                         |                          |   |             |   |   |  |  |
|---|---|--|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|--|------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|---|-------------|---|---|--|--|
| 1. Proposer's Name in Full<br><i>Nama Pencadang</i>       | : | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"></table> |                         |                          |                             |                          |                            |                  |  |                        |                          |                         |                          |   |             |   |   |  |  |
| 2. Correspondence Address<br><i>Alamat Surat Menyurat</i> | : | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 40px;"></table> |                         |                          |                             |                          |                            |                  |  |                        |                          |                         |                          |   |             |   |   |  |  |
| 3. Telephone No.<br><i>No. Telefon</i>                    | : | O  |                         |                          | -                           |                          |                            |                  |  | H                      |                          |                         |                          |   |             |   |   |  |  |
| 4. Old NRIC No.<br><i>No. K/P Lama</i>                    | : | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 60px; height: 20px;"></table> |                         |                          |                             |                          |                            | New :            | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 60px; height: 20px;"></table> |                        |                          |                         |                          |   | Baru        | - | - |  |  |
| <i>(NRIC Verified By</i>                                  |   |  |                         |                          |                             |                          |                            |                  |  |                        |                          |                         |                          | <i>Signature &amp; Name of Agent / Staff)</i> |             |   |   |  |  |
| 5. Date of Birth<br><i>Tarikh Lahir</i>                   | : | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 60px; height: 20px;"></table> |                         |                          |                             |                          |                            | Sex :            | <input type="checkbox"/>   | Male<br><i>Jantina</i> | <input type="checkbox"/> | Female<br><i>Lelaki</i> | <input type="checkbox"/> | Female<br><i>Perempuan</i>                    |             |   |   |  |  |
| 6. Marital Status<br><i>Taraf Perkahwinan</i>             | : | <input type="checkbox"/>   | Single<br><i>Bujang</i> | <input type="checkbox"/> | Married<br><i>Berkahwin</i> | <input type="checkbox"/> | Others<br><i>Lain-lain</i> |                  |  |                        |                          |                         |                          |   |             |   |   |  |  |
| 7. Passport No.<br><i>No. Pasport</i>                     | : | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 60px; height: 20px;"></table> |                         |                          |                             |                          |                            | 8. Nationality : | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 60px; height: 20px;"></table> |                        |                          |                         |                          |   | Warganegara |   |   |  |  |
| 9. Profession/Occupation<br><i>Pekerjaan</i>              | : | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"></table> |                         |                          |                             |                          |                            |                  |  |                        |                          |                         |                          |   |             |   |   |  |  |
| 10. Name of Employer<br><i>Nama Majikan</i>               | : | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"></table> |                         |                          |                             |                          |                            |                  |  |                        |                          |                         |                          |   |             |   |   |  |  |
| 11. Nature of Business<br><i>Jenis Perniagaan</i>         | : | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"></table> |                         |                          |                             |                          |                            |                  |  |                        |                          |                         |                          |   |             |   |   |  |  |
|   |   | <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%; height: 20px;"></table> |                         |                          |                             |                          |                            |                  |  |                        |                          |                         |                          |   |             |   |   |  |  |

**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 HEALTH & CLAIMS HISTORY / BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN TUNTUTAN**

|   |  | YES / YA                 | NO / TIDAK               |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 | (a) Have you ever made any claim in respect of accidental bodily injury against any insurer?<br><i>Pernahkah 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 give details of Insurer and nature of claim:<br><i>Jika YA, sila berikan butir-butir syarikat insurans dan jenis tuntutan:</i> _____  |                          |                          |
| 2 | (a) Are you presently covered by any Personal Accident or Medical Insurance?<br><i>Adakah anda dilindungi oleh mana-mana Insurans Kemalangan Diri atau Kesihatan pada masa sekarang?</i>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | (b) If YES, please give details of Insurers and Amounts Insured:<br><i>Jika YA, sila berikan butir-butir syarikat Insurans dan Jumlah yang diinsuranskan:</i> _____  |                          |                          |
| 3 | (a) Do you have any hearing or sight impairment or any physical defects or infirmity?<br><i>Adakah anda mengalami sebarang masalah pendengaran atau penglihatan atau kecacatan fizikal?</i>                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | (b) If YES, please give particulars:<br><i>Jika YA, sila berikan maklumat lengkap:</i><br>_____  |                          |                          |

**COVERAGE (Please tick ✓) / PERLINDUNGAN (Sila tandakan ✓)**

| Occupational Classification<br><i>Kelas Pekerjaan</i> | Choice of Plan and Annual Premium Payable (RM)<br><i>Pilihan Pelan dan Premium Tahunan (RM)</i> |                                 |                                 |                                 |                                  |
|---|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
|   | PP1<br>RM 75,000  | PP2<br>RM 100,000               | PP3<br>RM 200,000               | PP4<br>RM 300,000               | PP5<br>RM 500,000                |
| Class 1 / <i>Kelas 1</i>                              | <input type="checkbox"/> 75.00  | <input type="checkbox"/> 100.00 | <input type="checkbox"/> 200.00 | <input type="checkbox"/> 300.00 | <input type="checkbox"/> 500.00  |
| Class 2 / <i>Kelas 2</i>                              | <input type="checkbox"/> 113.00   | <input type="checkbox"/> 150.00 | <input type="checkbox"/> 300.00 | <input type="checkbox"/> 450.00 | <input type="checkbox"/> 750.00  |
| Class 3 / <i>Kelas 3</i>                              | <input type="checkbox"/> 165.00   | <input type="checkbox"/> 220.00 | <input type="checkbox"/> 440.00 | <input type="checkbox"/> 660.00 | <input type="checkbox"/> 1100.00 |
|   | Annual premium / <i>Premium tahunan</i> :   |                                 |                                 |                                 | RM                               |
|   | Add stamp duty / <i>Duti Setem</i> :  |                                 |                                 |                                 | RM 10.00                         |
|   | TOTAL DUE / <i>JUMLAH</i> :   |                                 |                                 |                                 | RM                               |

**DECLARATION BY PROPOSER / PERAKUAN 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 incorporate 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><br>Bank's Name: _____<br><i>Nama Bank</i>   | Cheque No.: _____<br><i>No. Cek</i> | Amount (RM): _____<br><i>Jumlah</i> |   |                      |   |                      |   |                      |   |                      |                      |                      |                                  |
| <input type="checkbox"/>                               | Credit Card Payment - Please charge to my credit card account<br><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): _____<br><i>Jumlah</i> |                                     |   |                      |   |                      |   |                      |   |                      |                      |                      |                                  |
| Card No. :<br><i>No. Kad</i>                           | <input type="text"/>  | -                                   | <input type="text"/>                | - | <input type="text"/> | - | <input type="text"/> | Card Expiry Date :<br><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> : _____     |
| _____<br><i>Signature / 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.*



# LONPAC INSURANCE BHD (307414-T)

## INSURANCE NOMINATION FORM

(In accordance with Part XIII of the Insurance Act 1996, 'PAYMENT OF POLICY MONEYS UNDER A PERSONAL ACCIDENT POLICY')

### IMPORTANT NOTES ON NOMINATION

- \* In accordance with Section 163(3) of the Insurance Act 1996, if your intention is for the nominee(s) [other than your spouse, child or parent] to receive the policy moneys beneficially and not as an executor, then you must assign the policy moneys to the nominee(s).
- \* In accordance with Section 166(1) of the Insurance Act 1996, a nomination by the Insured other than a Muslim Insured, shall create a trust in favour of the nominee of the policy moneys upon death of the Insured if the nominee is the spouse or child or the parent(s) (if no spouse or child is living at the time of nomination).
- \* In accordance with Section 167 of the Insurance Act 1996, nominee(s) of a Muslim Insured shall receive the policy moneys as an executor and distribute the same in accordance with Islamic Law.

**Note:**

To be completed in full and in BLOCK letters. Do not use any correction fluid or eraser for any alteration. The Insured must submit a fresh Nomination or alternatively countersign on the amendments to this Nomination Form.

WHEREAS I \_\_\_\_\_ NRIC No. (Old) \_\_\_\_\_  
 (New) \_\_\_\_\_ Passport No. \_\_\_\_\_  
 of (address) \_\_\_\_\_

a policyholder covered under the Personal Accident Policy No. \_\_\_\_\_ and the subsequent renewal hereby nominate the following nominee(s) to receive as beneficiary(ies) upon my death, all and any moneys which may be payable to me under the Policy (which moneys are hereinafter referred to as 'the Policy Moneys').

| Name<br>(as in NRIC/Passport) | NRIC/Birth Cert. No. | Date<br>Of Birth | Relationship<br>To Insured | % of<br>Share | Address |
|-------------------------------|----------------------|------------------|----------------------------|---------------|---------|
| 1.                            |                      |                  |                            |               |         |
| 2.                            |                      |                  |                            |               |         |
| 3.                            |                      |                  |                            |               |         |
| 4.                            |                      |                  |                            |               |         |
| 5.                            |                      |                  |                            |               |         |
| 6.                            |                      |                  |                            |               |         |

I ACKNOWLEDGE that my nomination made herein shall be irrevocable save with my prior written consent.  
 If ANY nomination has been made by me before the date hereof, I hereby revoke such nomination.

\_\_\_\_\_  
 Signature of Insured  
 Name : \_\_\_\_\_  
 NRIC No : \_\_\_\_\_  
 Address : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Dated : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Signature of Witness  
 Name : \_\_\_\_\_  
 NRIC No : \_\_\_\_\_  
 Address : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Dated : \_\_\_\_\_

Note: The witness must be of sound mind, at least 18 years of age and cannot be the named nominee.

**LONPAC INSURANCE BHD** (307414-T)**BORANG PENAMAAN INSURANS**

(Menurut Bahagian XIII Akta Insurans 1996, "PEMBAYARAN WANG POLISI DI BAWAH POLISI KEMALANGAN DIRI")

**NOTA PENTING BAGI PENAMAAN**

- \* Menurut Seksyen 163 (3) Akta Insurans 1996, sekiranya anda bertujuan supaya penama (selain dari suami/isteri, anak atau ibubapa) menerima wang polisi sebagai benefisiari dan bukan sebagai pelaksana wasiat, anda harus menyerahkan hak wang polisi kepada penama.
- \* Menurut Seksyen 166 (1) Akta Insurans 1996, penamaan oleh pemegang polisi selain dari pemegang polisi beragama Islam, akan mewujudkan amanah bagi pihak penama bagi wang polisi di atas kematian pemegang polisi sekiranya penama adalah suami/isteri atau anak atau ibubapa (jika tiada suami/isteri atau anak yang hidup pada masa penamaan).
- \* Menurut Seksyen 167 Akta Insurans 1996, penama bagi pemegang polisi yang beragama Islam, haruslah menerima wang polisi sebagai pelaksana wasiat dan membahagikan wang tersebut mengikut Undang-Undang Islam.

**Nota:**

Sila isikan dengan menggunakan HURUF BESAR. Sila jangan gunakan dakwat pembetulan atau pemadam jika ada sebarang pembetulan. Pemegang Polisi harus mengemukakan borang penamaan baru atau yang telah di tandatangani di tempat pembetulan yang telah dibuat pada Borang Penamaan ini.

Saya, \_\_\_\_\_ No. K/P (Lama) \_\_\_\_\_

No. K/P (Baru) \_\_\_\_\_ No. Pasport \_\_\_\_\_

di (alamat) \_\_\_\_\_

pemegang polisi dilindungi di bawah Polisi Kemalangan Diri No. \_\_\_\_\_ dan pembaharuan berikutnya dengan ini membuat penamaan bagi penama berikut untuk menerima sebagai benefisiari, di atas kematian saya, kesemua dan sebarang wang yang mungkin dibayar kepada saya di bawah Polisi (selepas ini wang tersebut dirujuk sebagai "Wang Polisi").

| Nama<br>(seperti di dalam K/P / Pasport) | No. K/P atau<br>No. Surat Beranak | Tarikh<br>lahir | Pertalian Saudara<br>dengan Pemegang<br>Polisi | Peratus<br>Bahagian<br>Penama<br>(%) | Alamat |
|--|-----------------------------------|-----------------|--|--------------------------------------|--------|
| 1.                                       |                                   |                 |  |                                      |        |
| 2.                                       |                                   |                 |  |                                      |        |
| 3.                                       |                                   |                 |  |                                      |        |
| 4.                                       |                                   |                 |  |                                      |        |
| 5.                                       |                                   |                 |  |                                      |        |
| 6.                                       |                                   |                 |  |                                      |        |

SAYA MENGAKUI bahawa penamaan yang dibuat oleh saya di sini tidak boleh diubah tanpa persetujuan bertulis dari saya. Sekiranya ada penamaan lain yang telah dibuat oleh saya sebelum tarikh ini, saya dengan ini membatalkan penamaan tersebut.

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Pemegang Polisi

Nama : \_\_\_\_\_

No. K/P : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tandatangan Saksi

Nama : \_\_\_\_\_

No. K/P : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

Nota: Saksi haruslah seseorang yang berfikiran waras, sekurang-kurangnya 18 tahun dan tidak boleh dinamakan sebagai penama.