

Statement Pursuant to Section 149(4) of the Insurance Act, 1996 - You are to disclose in the 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) Undang-Undang Insurans, 1996 - Anda adalah diminta menerangkan dengan penuh dan benar segala butir-butir yang anda tahu atau harus tahu di atas borang cadangan insurans ini, kalau tidak polisi yang dikeluarkan menurut cadangan ini adalah tidak sah.

Agent Name / Nama Ejen: \_\_\_\_\_ Agent No. / No. Ejen: \_\_\_\_\_

With Med. Card / Dengan Kad Perubatan    
  W/O Med. Card / Tanpa Kad Perubatan    
  With Med. Card & Out-Patient Clinical Benefit / Dengan Kad Perubatan & Manfaat Klinikal Pesakit Luar    
 Product / Produk: \_\_\_\_\_

ALL QUESTIONS MUST BE FULLY COMPLETED IN BLOCK LETTERS AND IN INK / SEMUA SOALAN MESTI DIJAWAB DENGAN PENUH DALAM HURUF BESAR DAN DENGAN DAKWAT (\*tick whichever is applicable / tanda mana-mana yang berkaitan)

A. PARTICULARS OF PROPOSER OR INSURED PERSON / BUTIR-BUTIR PENCADANG ATAU ORANG YANG DIINSURANSKAN				PREMIUM (RM)
Proposer / Pencadang:				
Home Address / Alamat Rumah:		Office Address / Alamat Pejabat:		
Postcode / Poskod:		Postcode / Poskod:		
House Telephone No. / No. Telefon Rumah:		Office Telephone No. / No. Telefon Pejabat:		
Mobile No. / No. Bimbit:		E-mail / E-mel:		
New IC/Passport No. / No. K.P. Baru/Pasport:		Date Of Birth / Tarikh Lahir:		
Nationality / Kewarganegaraan:	Marital Status / Status Perkahwinan:	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan		
Occupation / Pekerjaan:	Height / Tinggi (cm):	Weight / Berat (kg):	Plan / Pelan:	
Full Name / Nama Penuh:				
New IC/BC/Passport No. / No. K.P. Baru/S.K./Pasport:		Date Of Birth / Tarikh Lahir:		
Relationship to Proposer / Hubungan kepada Pencadang:		<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan		
Occupation / Pekerjaan:	Height / Tinggi (cm):	Weight / Berat (kg):	Plan / Pelan:	
Full Name / Nama Penuh:				
New IC/BC/Passport No. / No. K.P. Baru/S.K./Pasport:		Date Of Birth / Tarikh Lahir:		
Relationship to Proposer / Hubungan kepada Pencadang:		<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan		
Occupation / Pekerjaan:	Height / Tinggi (cm):	Weight / Berat (kg):	Plan / Pelan:	
Full Name / Nama Penuh:				
New IC/BC/Passport No. / No. K.P. Baru/S.K./Pasport:		Date Of Birth / Tarikh Lahir:		
Relationship to Proposer / Hubungan kepada Pencadang:		<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan		
Occupation / Pekerjaan:	Height / Tinggi (cm):	Weight / Berat (kg):	Plan / Pelan:	
Full Name / Nama Penuh:				
New IC/BC/Passport No. / No. K.P. Baru/S.K./Pasport:		Date Of Birth / Tarikh Lahir:		
Relationship to Proposer / Hubungan kepada Pencadang:		<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan		
Occupation / Pekerjaan:	Height / Tinggi (cm):	Weight / Berat (kg):	Plan / Pelan:	
<b>PAYMENT INSTRUCTION / ARAHAN PEMBAYARAN</b>				
<input type="checkbox"/> I enclose herewith a cheque number: _____ for RM _____ being premium inclusive of Service Tax (if any) and Stamp Duty made payable to Kurnia Insurans (Malaysia) Berhad. Saya sertakan bersama cek bernombor: _____ sebanyak RM _____ untuk premium termasuk Cukai Perkhidmatan (jika ada) dan Duti Setem, bayaran dikehendaki atas nama Kurnia Insurans (Malaysia) Berhad.			Total Premium / Jumlah Premium:	
<input type="checkbox"/> Please charge RM _____ being premium inclusive of Service Tax (if any) and Stamp Duty to my credit card. Sila caj RM _____ untuk premium termasuk Cukai Perkhidmatan (jika ada) dan Duti Setem ke kad kredit saya.			Family Discount (if applicable) / Diskaun Keluarga (jika berkenaan): _____%	
Credit Card Number / No. Akaun Kad Kredit: _____			5% Service Tax (if any) / 5% Cukai Perkhidmatan (jika ada):	
Card Expiry Date / Tempoh Tamat Kad: ____ / ____			Stamp Duty / Duti Setem: 10.00	
Type Of Credit Card / Jenis Kad Kredit: <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> Visa			Total / Jumlah:	
Cardmember's Signature (Signature as per card) / Tandatangan Pemegang Kad (Seperti di dalam kad)				



B. PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS / SILA JAWAB SOALAN-SOALAN YANG BERIKUT:		Yes / Ya	No / Tidak
1. (a)	Have you or any applicant to be insured currently insured under any other medical or hospitalization insurance? <i>Adakah anda atau pemohon lain yang akan diinsuranskan kini dilindungi oleh sebarang insurans perubatan atau penghospitalan lain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b)	Have you or any applicant to be insured ever made a claim against any insurance company in respect of any hospitalization policy? <i>Pernahkah anda atau pemohon lain yang akan diinsuranskan membuat tuntutan terhadap mana-mana syarikat insurans bagi polisi penghospitalan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If "Yes", please give details as below / Jika jawapannya "Ya", sila berikan penjelasan lanjut di bawah:-			
Person to be Insured / <i>Orang Yang Diinsuranskan</i> :- _____			
Insurance Company / <i>Syarikat Insurans</i> :- _____			
Policy Number / <i>Nombor Polisi</i> :- _____			
Type of Insurance/Claim / <i>Jenis Insurans/Tuntutan</i> :- _____			
Amount Insurance/Claim / <i>Amaun Insurans/Tuntutan</i> :- _____			
2.	Has an application or renewal for medical or hospitalization insurance on any person to be insured ever been declined, postponed or accepted at other than normal terms? <i>Pernahkah sebarang permohonan atau pembaharuan bagi insurans perubatan atau penghospitalan bagi anda / pemohon lain ditolak, ditangguhkan atau diterima mengikut syarat yang lain daripada syarat biasa?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If "Yes", please give details as below / Jika jawapannya "Ya", sila berikan penjelasan lanjut di bawah:-			
Person to be Insured / <i>Orang Yang Diinsuranskan</i> :- _____			
Reason / <i>Sebab</i> :- _____			
3. (a)	Have you or any applicant to be insured, seen a doctor / specialist (except as a routine check-up), and been under continuous medical treatment or been hospitalized, or undergone any surgical operations, or been from recurring illness in the past? <i>Pernahkah anda atau pemohon lain yang akan diinsuranskan berjumpa doktor / pakar (kecuali pemeriksaan biasa), dan mendapat rawatan perubatan berterusan atau telah dimasukkan ke hospital, atau pernah menjalankan sebarang pembedahan, ataupun menghidap penyakit berulang pada masa yang lalu?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b)	Have you or any applicant to be insured currently suffering from any form of physical impairment, congenital abnormality, or in poor health? <i>Adakah anda atau pemohon lain yang akan diinsuranskan menghidap sebarang ketaknormalan jasmani, sebarang kecacatan sejak lahir atau di dalam keadaan kurang sihat?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c)	Have you or any applicant to be insured ever been treated for or has been told of having high or low blood pressure, diabetes, high cholesterol, heart disease, arthritis, piles, thyroid disorder, sinus problem, chronic cough, bronchitis, asthma, tuberculosis or disease of respiratory system, ulcer or disorder of the stomach, back or spine disorder, and other serious illness, disease or injury? <i>Pernahkah anda atau pemohon lain yang akan diinsuranskan mendapat rawatan atau diberitahu menghidap penyakit tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit kencing manis, kolesterol tinggi, penyakit jantung, artritis, buasir, penyakit tiroid, masalah sinus, batuk kronik, bronkitis, asma, tuberkulosis atau penyakit sistem pernafasan, ulser atau penyakit dalam perut, penyakit belakang atau tulang belakang, dan penyakit-penyakit atau kecederaan yang serius?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If "Yes", please give details as below / Jika jawapannya "Ya", sila berikan penjelasan lanjut di bawah:-			
Person to be Insured / <i>Orang Yang Diinsuranskan</i> :- _____			
Type of Illness/Injury / <i>Jenis Penyakit/Kecederaan</i> :- _____			
Further Details / <i>Keterangan Lanjut</i> :- _____			
(d)	Are there any other circumstances not disclosed above which may affect the risk of this plan on any of the person to be insured? <i>Adakah apa-apa keadaan lain yang tidak dinyatakan di atas yang boleh menjejaskan risiko pelan ini pada anda / pemohon lain yang akan diinsuranskan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If "Yes", please give details as below / Jika jawapannya "Ya", sila berikan penjelasan lanjut di bawah:-			
Person to be Insured / <i>Orang Yang Diinsuranskan</i> :- _____			
Further Details / <i>Keterangan Lanjut</i> :- _____			







**SPECIAL PROVISION AND CONDITIONS / SYARAT-SYARAT KHAS**

**UPGRADED ROOM AND BOARD CO-PAYMENT / BAYARAN BERSAMA BILIK DAN MAKAN DINAIKKAN**

If you are hospitalized at a Room & Board rate which is higher than your eligible benefit, you shall bear 20% of the other eligible benefits described in the Schedule of Benefit.  
*Sekiranya anda memasuki hospital yang kadar Bilik dan Makannya melebihi manfaat yang layak, maka anda akan menanggung 20% daripada manfaat lain yang layak mengikut Jadual Manfaat.*

**WAITING PERIOD / TEMPOH TANGGUH**

No benefit shall be payable for any illness occurred or contracted during the first 30 days of the effective date of this insurance for the first year Policy, except for accident.  
*Pampasan tidak akan dibayar untuk sebarang penyakit yang bermula/timbul dalam tempoh 30 hari dari tarikh insurans ini mula berkuat kuasa bagi tahun pertama Polisi, kecuali untuk kecederaan akibat kemalangan.*

**COOLING-OFF PERIOD / TEMPOH BERTENANG**

If this Policy shall have been issued and for any reason whatsoever you shall decide not to take up the Policy, you may return the Policy to the company for cancellation provided such request is delivered to the company within fifteen (15) days from the date of delivery of the Policy. You are entitled to the return of the full premium paid less deduction of medical expenses incurred by the company in the issue of the Policy.

*Selepas Polisi dikeluarkan dan anda hendak menamatkan Polisi ini dengan apa saja alasannya, anda boleh mengembalikan Polisi kepada syarikat untuk pembatalan dengan syarat permohonan untuk pembatalan diserahkan kepada syarikat dalam tempoh lima belas (15) hari dari tarikh penyerahan Polisi. Anda layak menerima pulangan penuh premium yang telah dibayar tolak belanja perubatan yang ditanggung oleh Syarikat untuk mengeluarkan Polisi tersebut.*

**BENEFITS LIMIT / HAD MANFAAT**

Benefits payable in respect of expenses incurred for treatment provided to you shall be limited to the REASONABLE AND CUSTOMARY CHARGES for the treatment provided, benefit limit and overall annual limit stated in the Schedule of Benefit.

*Manfaat yang dibayar ke atas perbelanjaan untuk rawatan yang diberikan kepada anda seharusnya dihadkan kepada BAYARAN MUNASABAH DAN BIASA DIAMALKAN untuk rawatan yang diberikan, had manfaat dan had tahunan keseluruhan yang dinyatakan dalam Jadual Manfaat.*

**PREMIUM / PREMIUM**

The annual premium payable is based on the Schedule of Benefit. The premium is charged according to your age next birthday at entry, health status, occupation, etc. and our fees for administering this class of insurance.

*Premium tahunan berdasarkan kepada Jadual Manfaat. Premium yang dicaj adalah bergantung kepada umur akan datang semasa permohonan, status kesihatan, pekerjaan dan lain-lain serta kos pentadbiran kelas insurans ini.*

**PERIOD OF COVER AND RENEWAL (conditional renewable policy with portfolio pricing) / TEMPOH PERLINDUNGAN DAN PEMBAHARUAN (terpakai kepada polisi boleh baharu bersyarat dengan penetapan harga portfolio)**

This Policy shall become effective as of the date stated in the Schedule. The Policy Anniversary shall be one year after the effective date and annually thereafter. On each such anniversary, this Policy is renewable at the premium rates in effect at that time as notified by the Company. This Policy will be renewable at the option of Policyholder subject to the terms, conditions and termination at each of the anniversary of the Policy date. The renewal premiums payable is not guaranteed and the Company reserves the right to revise the premium rate applicable at the time of renewal by giving a 30 days written notice. Such changes, if any shall be applicable to all Policyholders irrespective of their claim experience according to the Company's risk assessment.

This Policy is renewable at the option of Policyholder until the occurrence of any of the following:

- (a) non payment of premium or premium not made on time
- (b) fraud or misrepresentation of material fact during application
- (c) the Policy is cancelled at the request of the Policyholder
- (d) total claims of the Policy have reached the lifetime limit specified and/or on the death of the Insured Person
- (e) the Insured Person ceases to qualify as a dependant based on the definition of the Policy
- (f) the Insured Person attains the coverage age limit specified
- (g) termination of coverage for all Policies in a certain market and the Company withdraws this Policy completely from the market in accordance with the Portfolio Withdrawal Condition (where 30 days cancellation notice in writing shall be given to the Policyholder).

*Polisi ini hendaklah berkuat kuasa mengikut tarikh yang dinyatakan pada Jadual. Ulang Tahun Polisi adalah satu tahun selepas tarikh kuat kuasa dan setiap tahun berikutnya. Pada setiap ulang tahun itu, Polisi ini boleh dibaharui pada kadar premium yang berkuat kuasa pada masa itu seperti yang diberitahu oleh Syarikat. Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan pemegang polisi tertakluk kepada terma, syarat dan penamatan pada setiap tarikh ulang tahun Polisi. Premium pembaharuan yang dibayar tidak dijamin dan Syarikat berhak menyemak semula kadar premium yang terpakai pada masa pembaharuan itu dengan memberikan notis bertulis dalam masa 30 hari. Perubahan tersebut, jika ada, hendaklah terpakai kepada semua pemegang polisi tanpa mengambil kira pengalaman tuntutan mereka mengikut penilaian risiko Syarikat.*

*Polisi ini boleh dibaharui mengikut pilihan pemegang polisi sehingga berlaku mana-mana yang berikut:*

- (a) premium tidak dibayar atau premium tidak dibayar mengikut masa
- (b) penipuan atau salah nyataan fakta penting semasa membuat permohonan
- (c) polisi dibatalkan atas permintaan pemegang polisi
- (d) jumlah tuntutan polisi mencapai had seumur hidup yang ditetapkan dan/atau berlaku kematian Orang yang Diinsuranskan
- (e) Orang yang Diinsuranskan tidak lagi layak menjadi tanggungan berdasarkan takrif polisi
- (f) Orang yang Diinsuranskan mencapai had umur perlindungan yang ditetapkan
- (g) penamatan perlindungan semua polisi dalam pasaran tertentu dan Syarikat menarik balik polisi ini sepenuhnya dari pasaran menurut Syarat Penarikan Balik Portfolio (di mana notis pembatalan bertulis harus diberikan kepada Pemegang Polisi dalam masa 30 hari).

**RESIDENCE OVERSEAS AND OVERSEAS TREATMENT / TINGGAL DI LUAR NEGARA DAN RAWATAN LUAR NEGARA**

This Policy gives you protection whilst you are at overseas for 90 days on business or vacation. However, no benefits shall be payable if the intention is to seek treatment overseas whilst treatment is available locally.

*Polisi ini memberi perlindungan sehingga 90 hari semasa anda melawat ke luar negara sama ada untuk pemiagaan atau melancong. Tetapi tiada manfaat akan dibayar jika lawatan adalah semata-mata untuk mendapatkan rawatan sedangkan ianya boleh dilakukan di dalam negara.*

**SPECIAL NOTE / NOTA KHAS**

1. An insurer or its intermediary must disclose the essential information regarding Medical and Health Insurance (MHI) policy. Information Sheet (Part C) also serves to guide the prospect to seek an explanation on the essential features of a MHI policy so that he is able to make an informed decision before purchasing the policy. When in doubt or where there is ambiguity, the prospect is advised to seek further clarification/information from the insurer/intermediary.  
*Sebuah Syarikat Insurans atau Orang Tengahnya dikehendaki mendedahkan segala maklumat penting mengenai polisi Insurans Perubatan dan Kesihatan (MHI). Lampiran Maklumat (Bahagian C) juga digunakan sebagai panduan bagi bakal pembeli untuk mendapat penjelasan ke atas ciri-ciri penting sesebuah polisi MHI supaya dia dapat membuat keputusan yang tepat sebelum membeli polisi tersebut. Sekiranya terdapat kesangsian atau kekeliruan, bakal pemilik polisi itu adalah dinasihatkan supaya mendapatkan penjelasan/keterangan yang jelas daripada Syarikat Insurans/orang tengah.*
2. The basics of Medical and Health Insurance can be obtained from the booklet "The Introduction to Medical and Health Insurance Products" issued by Bank Negara Malaysia.  
*Asas Insurans Perubatan dan Kesihatan boleh didapati dari buku kecil "Pengenalan kepada Produk Insurans Perubatan dan Kesihatan" yang dikeluarkan oleh Bank Negara Malaysia.*
3. Avenues where details of the important features of the policy are also available in the website [www.kurnia.com](http://www.kurnia.com).  
*Cara-cara untuk mendapatkan butiran tentang ciri-ciri penting boleh juga didapati dalam laman web [www.kurnia.com](http://www.kurnia.com).*

**FOR OFFICE USE / UNTUK KEGUNAAN PEJABAT**

REFERENCE NO. NO. RUJUKAN:	REMARKS / KATA-KATA:	SIGNATURE UNDERWRITER TANDATANGAN PENGUNDEAIT:	DATE / TARIKH: