

Group Personal Accident Insurance *Insurans Perlindungan Diri Berkelompok*

Proposal Form / *Borang Cadangan*

Statement Pursuant to Schedule 9 of Financial Services Act 2013
Kenyataan Mengikut Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013

CHUBB®

You have a duty to take reasonable care:

- (a) not to make a misrepresentation to Us ('Chubb Insurance Malaysia Berhad') (Chubb) when answering any questions We ask in this proposal form; and
- (b) to disclose to Us any matter, other than what We have asked in (a) above, that You know to be relevant to Our decision on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.

Your duty to take reasonable care for (a) above shall be based on what a reasonable person in your circumstances would have known.

This duty of disclosure above shall continue until the time the contract is entered into, varied or renewed.

Anda mempunyai kewajipan untuk mengambil penjagaan munasabah:

- (a) tidak membuat salah nyataan kepada Kami ('Chubb Insurance Malaysia Berhad') (Chubb) apabila menjawab apa-apa soalan yang Kami tanya di dalam borang cadangan ini; dan*
- (b) untuk mendedahkan kepada Kami apa-apa perkara, selain daripada apa yang Kami kehendaki dalam (a) di atas, yang Anda tahu sebagai berkaitan dengan keputusan Kami sama ada untuk menerima atau tidak risiko dan kadar dan terma yang hendak dipakai.*

Kewajipan anda untuk mengambil penjagaan munasabah bagi (a) di atas hendaklah berasaskan kepada apa seorang munasabah dalam hal keadaan anda patut tahu.

Kewajipan pendedahan di atas hendaklah berterusan sehingga ke masa kontrak itu dibuat, diubah atau diperbaharui.

Office Memoranda / Memorandum Pejabat

Policy No. / No. Polisi :	Agency / Agensi :	A/C Code No. / No. Kod A/C :
----------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

Details Of Proposer / Butir-butir Pemohon

Name of Proposer / *Nama Pemohon*

New IC No. / *No. KP Baru*

Occupation / *Pekerjaan*

Address / *Alamat*

Postcode / *Poskod* _____

Other Details / Butir-butir Yang Lain

1. i) Are all accidents to be insured or occupational accidents only?
Adakah semua jenis kemalangan atau kemalangan yang melibatkan pekerjaan sahaja yang diinsuranskan?

- ii) If occupational accidents only are to be insured, is the cover to be restricted to accidents arising within your own premises?
Jika hanya kemalangan yang melibatkan pekerjaan yang diinsuranskan, adakah perlindungan terhadap kemalangan yang timbul di premis Anda sendiri?

- iii) Do you require deduction of benefit for the first week(s) of temporary disablement?
Adakah Anda memerlukan potongan faedah bagi minggu pertama kehilangan upaya sementara?

2. Is every person to be included in the insurance in good health and free from physical defect or infirmity? If not, please give full details in each case.
Adakah setiap orang yang dimasukkan ke dalam insurans dalam kesihatan yang baik dan bebas daripada kecacatan fizikal atau kelemahan?

3. Will any of the persons to be included in the insurance use machinery? If so, full details should be given.
Adakah mana-mana orang yang dimasukkan ke dalam insurans akan menggunakan mesin? Jika 'ya', sila lampirkan butiran lengkap

4. Give particulars of any accidents which have occurred during the last five years including accidents to any of the persons now being proposed for insurance. / *Berikan butiran mana-mana kemalangan yang pernah berlaku sepanjang 5 tahun yang lepas termasuk kemalangan mana-mana individu yang telah dicadangkan untuk insurans.*

5. Has the Proposer previously held a Group Accident Policy? If so, with whom? Has any Group Accident or Workmen's Compensation or Employers' Liability insurance been declined or made subject to special terms? / *Pernahkah pencadang sebelum ini mempunyai Polisi Kemalangan Berkelompok? Jika 'ya', sila berikan butiran. Adakah mana-mana insurans Kemalangan Berkelompok atau Pampasan Pekerja atau Liabiliti Majikan telah ditolak atau tertakluk pada syarat-syarat khas?*

6. Do any of the persons to be included intend to travel by air? If so, please state how frequently in the course of the year, and the kind of air services used? / *Adakah mana-mana orang yang dimasukkan berhasrat melakukan perjalanan melalui udara? Jika 'ya', sila nyatakan kekerapan dalam setahun dan jenis perkhidmatan udara yang digunakan.*

7. Do you wish to include cover for motor-cycling or other excluded sports? If so, please indicate exact requirements. / *Adakah Anda berhasrat memasukkan perlindungan untuk motosikal atau sukan lain yang dikecualikan? Jika 'ya', sila menunjukkan keperluan yang tepat.*

8. If a scale of benefits with sums related to Wages or Salaries is required, please give
 Jika skala manfaat dengan jumlah wang yang berkaitan Upah atau Gaji diperlukan, sila nyatakan:

Description of Persons to be insured, viz. <i>Penerangan Orang yang akan diinsuranskan</i>	Estimated No. <i>Anggaran No.</i>	Total Annual Emoluments paid by Proposers <i>Jumlah Emolumen Tahunan yang dibayar oleh Pencadang</i>	Benefits required (as proportion of Wages, Salaries, etc.) <i>Manfaat yang dikehendaki (sebagai Kadar Upah, Gaji, etc)</i>				
			Death <i>Kematian</i>	Permanent Disablement (Scale I/ Scale II) <i>Ketidakupayaan Kekal (Skala I/ Skala II)</i>	Temporary Disablement <i>Ketidakupayaan Sementara</i>		Medical Expenses per Accident <i>Perbelanjaan Perubatan setiap Kemalangan</i>
					Total per week <i>Keseluruhan mingguan</i>	Partial per week <i>Separa mingguan</i>	
1. Occupations listed under Class I <i>Pekerjaan yang disenaraikan di bawah Kelas I</i>							
2. Occupations listed under Class II <i>Pekerjaan yang disenaraikan di bawah Kelas II</i>							
3. All other employees (give full descriptions of occupations) <i>Semua pekerja lain (berikan penerangan pekerjaan yang lengkap)</i>							

9. If a scale of benefits with fixed sums is required, please state / Jika skala manfaat dengan jumlah wang yang tetap diperlukan sila nyatakan:

Names in full (Mr., Mrs. Or Miss) of persons to be insured in each group with the appropriate scale of benefits. <i>Nama penuh (Encik, Puan Atau Cik) orang yang diinsuranskan di dalam setiap kumpulan dengan skala manfaat yang bersesuaian.</i>	Occupation <i>Pekerjaan</i>	Benefits required / <i>Manfaat yang dikehendaki</i>				
		Death <i>Kematian</i>	Permanent Disablement (Scale I/ Scale II) <i>Ketidakupayaan Kekal (Skala I/ Skala II)</i>	Temporary Disablement <i>Ketidakupayaan Sementara</i>		Medical Expenses per Accident <i>Perbelanjaan Perubatan setiap Kemalangan</i>
				Total per week <i>Keseluruhan mingguan</i>	Partial per week <i>Separa mingguan</i>	

Declaration / Pengakuan

I/We agree that the statements and declarations contained in this proposal form will be relied upon by Chubb to decide whether to accept this insurance.

Saya/Kami bersetuju bahawa kenyataan-kenyataan dan pengakuan-pengakuan di dalam borang cadangan ini akan digunapakai oleh Chubb untuk membuat keputusan sama ada untuk menerima insurans ini.

Privacy Notice / Notis Privasi

I understand that 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 complaints.

Saya faham bahawa Chubb perlu berurusan dengan data peribadi saya 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.

Proposer's Signature / Company's Chop
Tandatangan Pencadang / Cap Syarikat

Date / Tarikh

Important Notice / Notis Penting

Coverages requested in this Proposal Form is not to be construed as an acceptance or commitment on the part of the Insurer unless the same is incorporated in the policy/Cover Note evidencing such cover.

The liability of the Company does not commence until acceptance of the proposal has been intimated by the Company or official cover note issued.

Notice / Notis

1. 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 keaburan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia, adalah dipersetujui bahawa versi Bahasa Inggeris akan digunakan.

2. A copy of the product disclosure sheet ("PDS") is available at our website www.chubb.com/my. Please make sure that you have read and understood the contents of the PDS before purchasing the product. / Sesalanan Lampiran Penerangan Product boleh didapati di laman web kami www.chubb.com/my. Sila pastikan anda baca and faham kanduangan Lampiran Penerangan Product sebelum membeli product tersebut.

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