

Personal Accident Insurance *Insurans Perlindungan Diri*

Proposal Form / *Borang Cadangan*



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

You have a duty to take reasonable care :

- (a) not to make a misrepresentation to Chubb Insurance Malaysia Berhad (Chubb) when answering any questions We ask in this proposal form;
- (b) when renewing this Policy, not to make a misrepresentation to Us in answering any questions, or confirming or amending any matter previously disclosed to Us in relation to this Policy; and
- (c) to disclose to Us any matter, other than what We have asked in (a) and (b) 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 the above shall be based on what a reasonable person in Your circumstances would have known.

Anda mempunyai kewajipan untuk mengambil langkah yang sewajarnya :

- (a) untuk tidak membuat salah nyataan kepada Chubb Insurance Malaysia Berhad (Chubb) apabila menjawab apa-apa soalan yang Kami tanya di dalam borang cadangan ini;*
- (b) apabila memperbaharui Polisi ini, tidak membuat salah nyataan kepada Kami apabila menjawab apa-apa soalan, atau mengesahkan atau meminda apa-apa perkara yang telah didedahkan sebelum itu kepada Kami berhubung dengan Polisi ini; dan*
- (c) untuk mendedahkan kepada Kami apa-apa perkara, selain daripada apa yang Kami kehendaki di (a) dan (b) di atas, yang Anda ketahui sebagai berkaitan dengan keputusan Kami sama ada untuk menerima risiko atau tidak dan kadar dan terma yang hendak dikenakan.*

Kewajipan Anda untuk mengambil langkah yang sewajarnya untuk di atas adalah berdasarkan kepada apa yang orang yang mengalami keadaan Anda mungkin ketahui.

Note / Nota:

Coverage requested in this Enrolment Form should not be construed as an acceptance or commitment on the part of the Insurer unless the same is incorporated in the Policy evidencing such cover.

Perlindungan yang dipohon di dalam Borang Pendaftaran ini tidak sepatutnya ditafsir sebagai penerimaan atau komitmen oleh Penanggung Insurans melainkan jika ia dinyatakan di dalam Polisi yang membuktikan perlindungan tersebut.

*Chubb reserves the right to reject any application for this Policy without assigning any reasons thereof Enrolment / Renewal is strictly for Prulia Members Only.

**Chubb berhak menolak mana-mana permohonan untuk Polisi ini tanpa memberi apa-apa sebabnya.*

Enrolment/Renewal is strictly for Prulia members only. / *Pendaftaran/Pembaharuan adalah terhad kepada ahli Prulia sahaja*

Please indicate (✓) ☐ New / *Baru* ☐ Existing / *Sedia Ada* ☒ This is an annual auto-renewable policy
Ini adalah polisi tahunan yang diperbaharui secara otomatis

Master Policy No. / No. *Polisi Utama*[illegible]Date of Birth / *Tarikh Lahir*

D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1. Please complete in CAPITAL LETTERS only. / Sila isikan dengan HURUF BESAR sahaja.
2. Do Not strike unused space. / Jangan pangkah bahagian yang tidak mempunyai maklumat.
3. Mark X for selected item. / Tandakan X untuk setiap pilihan anda.

Details Of Main Insured Person / Butir-butir Orang Tertanggung Utama

Full Name (as stated in NRIC) / Nama Penuh (seperti di dalam K/P)

[illegible]

New IC No. / No. KP Baru

						.			.				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Date of Birth / *Tarikh Lahir*

D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Gender / *Jantina*

☐ Male / *Lelaki* ☐ Female / *Perempuan*

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

Correspondence Address / Alamat Surat - Menyurat

[illegible]

Tel No. / No. Tel
(House / Rumah)

			=								
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Handphone No. / No. *Telefon Bimbit*

			-								
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Tel No. / No. Tel
(Office/ Pejabat)

			-								
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Fax No. / No. Faks

			-							
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

E-mail / *E-mail*[illegible]**Details Of Spouse / Butir-butir Pasangan**

Please indicate (✓) option to include
Sila tanda (✓) pilihan untuk memasukkan

☐ Spouse and / or
Pasangan dan /atau

☐ Child / Children
Anak / Anak-anak

Full Name (as stated in NRIC) / Nama Penuh (seperti di dalam K/P)

[illegible]

New IC No. / No. KP Baru

						.			.				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Date of Birth / *Tarikh Lahir*

D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Please provide no. of eligible children to be insured / *Sila beri no. anak-anak yang layak yang hendak dilindungi*

--	--

Name / Nama	Date of Birth / Tarikh Lahir

Details Of Insurance / Butir-butir Insurans

Schedule Of Benefits / Jadual Manfaat

Benefits / Manfaat	Sum Insured / Jumlah Tertanggung
Accidental Death & Permanent Disablement Kematian & Hilang Upaya Kekal Akibat Kemalangan	Main Insured & Spouse Orang Tertanggung Utama & Pasangan RM 1,000,000 each / setiap orang Eligible Child / Anak yang Layak RM 100,000 each / setiap orang
Funeral Expenses / Perbelanjaan Pengebumian	RM 3,000
Accident Medical Expenses / Perbelanjaan Perubatan akibat Kemalangan	RM 5,000

Annual Premium inclusive of 6% GST / Premium Tahunan termasuk CBP 6%	
Main Insured / Orang Tertanggung Utama	RM 265.00
Spouse / Pasangan	RM 265.00
Eligible Child / Anak yang Layak	RM 26.50

*GST (Goods & Services Tax) / CBP (Cukai Barangan & Perkhidmatan)

*Age limit : The plan shall cover eligible persons who are not less than 18 years of age or more than 70 years of age (i.e. upon attainment of the person's 71st birthday). Eligible child are over 30 days of age and under 19 years of age (or 23 years of age if a fulltime student at a recognized school, college or university).

*Had umur : Pelan ini akan melindungi orang-orang yang layak yang tidak kurang daripada umur 18 tahun atau lebih daripada umur 70 tahun (iaitu apabila mencapai umur 71 tahun). Anak yang layak adalah lebin daripada umur 30 hari dan di bawah umur 19 tahun (atau 23 tahun sekiranya masih pelajar sepenuh masa di sekolah, kolej atau university yang diiktiraf).

Payment Instruction / Cara Bayaran

I authorise Chubb to debit my account or credit card on a monthly/yearly basis for payment of the premium stated below.
Saya membenarkan Chubb untuk mendebit akaun saya atau kad kredit untuk pembayaran premium yang dinyatakan di bawah pada asas bulanan/tahunan.

Name of Account Holder or Credit Card Holder / Nama Pemegang Akaun atau Pemegang Kad Kredit

Total Premium Payable / Jumlah Premium yang Dibayar

☐ Credit Card

☐ VISA

☐ Mastercard

Issuing Bank

☐ Debit Card

☐ RHB

☐ Maybank

Card No.

Card Expiry

D

D

/

M

M

Date / Tarikh

D

D

/

M

M

/

Y

Y

Y

Y

Total Premium Payable

RM

Signature of Card Holder / Tandatangan Pemegang Kad

Declaration / Pengakuan

I agree that the statements and declarations contained in this proposal form will be relied upon by Chubb to decide whether to accept this insurance. I understand that Chubb needs to deal with my personal data 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 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. 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.

Privacy Notice / Notis Privasi

I understand that Chubb needs to deal with my personal data 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.

Signature of Main Insured Person
Tandatangan Orange Tertanggung Utama

Date / Tarikh

Notice / Notis

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
(formerly known as ACE Jerneh Insurance Berhad) (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