

Borang Cadangan Allianz Booster Care

Kontrak Insurans Pengguna

Menurut Perenggan 5 Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, sekiranya anda memohon Insurans ini **sempurnya bagi tujuan yang tidak berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda**, anda mempunyai kewajiban mengambil penjagaan munasabah supaya tidak membuat salah nyataan semasa menjawab soalan-soalan di dalam Borang Cadangan dan mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda ketahui ada berkaitan dengan keputusan kami menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai, jika sebaliknya ini boleh menyebabkan kontrak terbatal, penolakan atau pengurangan tuntutan, penukaran terma atau penamatan kontrak.

Kontrak Insurans Bukan Pengguna

Menurut Perenggan 4 (1) Jadual 9 di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, sekiranya anda memohon Insurans bagi tujuan berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda, anda mempunyai kewajiban untuk mendedahkan apa-apa perkara yang anda ketahui sebagai berkaitan dengan keputusan kami dalam menerima risiko dan dalam menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai dan apa-apa perkara yang seorang yang munasabah dalam hal keadaan itu boleh dijangka untuk tahu sebagai berkaitan, jika sebaliknya ini boleh menyebabkan kontrak terbatal, penolakan atau pengurangan tuntutan, penukaran terma atau penamatan kontrak.

Kewajipan pendedahan ini bagi Kontrak Insurans Pengguna dan Bukan Pengguna akan berterusan sehingga masa kontrak tersebut di buat, diubah atau diperbaharui.

Anda juga mempunyai kewajiban memaklumkan kepada kami dengan segera sekiranya pada bila-bila masa, selepas kontrak insurans dibuat, diubah atau diperbaharui dengan pihak kami, sebarang maklumat yang diberikan adalah tidak tepat atau telah berubah.

Anda harus memastikan bahawa Borang Cadangan diisi dengan tepat sebab borang tersebut membentuk asas kontrak insurans. Klausula asas kontrak ini adalah tidak terpakai jika anda adalah individu yang memohon insurans ini bagi maksud yang sama sekali tidak berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion anda.

Borang Cadangan ini hendaklah menjadi sebahagian daripada kontrak polisi. Pemegang polisi dinasihatkan untuk membaca polisi dengan teliti dan memahami kandungannya. Anda digalakkan untuk mendapat penjelasan daripada Syarikat jika perlu.

Liabiliti Syarikat hanya akan bermula setelah pihak Syarikat memberitahu bahawa Borang Cadangan telah diterima ataupun polisi telah dikeluarkan.

Tempoh Insurans:

Kod Ejen:

Dari - - Hingga - - -

Sila lengkapkan dengan HURUF BESAR/Tandakan di kotak yang sesuai.

BAHAGIAN 1 – MAKLUMAT PENCADANG

Gelaran	<input type="checkbox"/> Tuan <input type="checkbox"/> Puan <input type="checkbox"/> Cik	Lain-lain (sila nyatakan)	<input type="text"/>
Nama	<input type="text"/>		
Alamat	<input type="checkbox"/> Bukan Kediaman <input type="checkbox"/> Kediaman	<input type="text"/>	
Poskod	<input type="text"/>	Bandar	<input type="text"/>
Negeri	<input type="text"/>		
Negara	<input type="text"/>		
No. Telefon Bimbit	<input type="text"/>	No. Telefon	<input type="text"/>
e-mel	<input type="text"/>		
Jenis ID	Kod: [01] Kad Pengenalan Baru [02] Kad Pengenalan Lama/Lain-lain [03] Pasport [04] Polis/Tentera		
No. ID	<input type="text"/>		
Tarikh Lahir	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Jantina	<input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan
Status Perkahwinan	<input type="checkbox"/> Bujang <input type="checkbox"/> Berkahwin <input type="checkbox"/> Duda/Janda	Tinggi	<input type="text"/> sm Berat <input type="text"/> kg
Warganegara	<input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan)	<input type="text"/>	
Pekerjaan	<input type="text"/>		
Kelas Pekerjaan	<input type="checkbox"/> Kelas 1 <input type="checkbox"/> Kelas 2 <input type="checkbox"/> Kelas 3		
Definisi Kelas Pekerjaan			
Kelas 1	Pekerjaan yang melibatkan bukan buruh, pentadbiran atau perkeranian – sepenuhnya di pejabat atau tempat yang tidak merbahaya seumpamanya atau pelajar sepenuh masa.		
Kelas 2	Pekerjaan yang bersifat penyeliaan atau berada di luar pejabat bagi urusan perniagaan tetapi tidak melibatkan pekerjaan buruh kasar.		
Kelas 3	Pekerjaan yang bersifat buruh kasar atau melibatkan penggunaan perkakas atau jentera (tidak menggunakan mesin kayu).		

Pusat Khidmat Pelanggan Allianz

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.

Pusat Hubungan Pelanggan Allianz: 1 300 22 5542 E-mel: customer.service@allianz.com.my

@AllianzMalaysia allianz.com.my



PBPF100101

BAHAGIAN 2 – BORANG SOAL SELIDIK

No.	Soalan-soalan Am	Ya	Tidak	Butiran-butiran
1.	Adakah anda mempunyai Insurans Perubatan dan Kesihatan dengan kami atau mana-mana syarikat lain? Jika Ya, sila berikan butiran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Pernahkah permohonan anda bagi mana-mana Insurans Perubatan dan Kesihatan atau Insurans Nyawa telah ditolak, dihadkan atau diterima selain daripada terma-terma standard? Jika Ya, sila berikan butiran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Adakah pekerjaan anda melibatkan kerja manual atau penggunaan perkakas atau jentera atau anda terlibat dalam mana-mana tugas yang merbahaya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Adakah anda bekerja di Singapura? Jika Tidak, sila berikan butiran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan) <input type="text"/>
5.	Adakah anda tinggal di Singapura? Jika Tidak, sila berikan butiran.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan) <input type="text"/>

No.	Soalan-soalan Kesihatan	Ya	Tidak
1.	Pernahkah anda menghadapi atau diberitahu yang anda ada dan/atau menerima rawatan perubatan untuk: (a) Kanser/Karsinoma/Malignansi, Leukemia, Palsi Serebrum, Epilepsi, HIV (Virus Kurang Daya Ketahanan Melawan Penyakit), AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Melawan Penyakit), Penyakit Autoimun, Eritematosus Lupus Sistemik (SLE), Psikiatri/Mental, Gangguan Saraf, Autisme atau Sindrom Down? (b) Kencing manis, Darah Tinggi, Kolesterol Tinggi, Sakit Dada, Palpitasi, Serangan Jantung, Strok atau Penyakit-penyakit Jantung atau Pembuluh Darah, Penyakit Buah Pinggang? (c) Asma, Bronkitis, Pneumonia, Tuberkulosis, Penyakit Paru-paru atau Gangguan Pernafasan? (d) Hernia, Ulser Peptik, Gastrik, Penyakit Usus atau Perut? (e) Demam Kuning, Penyakit Hati atau Pundi Hempedu atau sebarang jenis Hepatitis? (f) Protein atau Darah yang berterusan dalam Air Kencing, Batu Karang, masalah prostat, Sistem Genito-Urinari? (g) Beguk atau Penyakit Tiroid, Endocrine atau kelenjar lain? (h) Sista, Ketumbuhan, Ketulan atau Tumor atau apa-apa jenis Penyakit Kulit? (i) Penyakit Mata, Telinga, Hidung, Mulut atau Tekak? (j) Penyakit Kelamin (contohnya Gonorea, Sifilis)? (k) Artritis, Gout, Reumatisme atau Penyakit atau Gangguan Otot, Tulang atau Sakit Belakang atau Gangguan Spina, Vena Varikos atau Trombosis Vena Dalam? (l) Batu Karang didalam sistem Pundi Kencing atau Hempedu? (m) Apa-apa Kesakitan, Penyakit, Kecederaan, Hilang Upaya yang tidak disebutkan di atas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Adakah anda mengalami apa-apa Gangguan Fizikal, Keuzuran atau Keabnormalan atau keadaan Kongenital?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Pernahkah anda menjalani apa-apa pembedahan atau dinasihatkan untuk menjalani pembedahan yang belum dijalankan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	(a) Pernahkah anda dalam masa dua belas (12) bulan yang lepas menjalani atau dinasihatkan menjalani sebarang Elektrokardiogram, sinaran-X, ujian Darah atau Kencing, Biopsi atau Ujian Diagnostik yang lain? (b) Pernahkah anda pada bila-bila masa menunjukkan tanda-tanda, dalam masa lebih satu minggu berturut-turut, Demam atau Keletihan yang berulang atau berlanjutan tanpa sebab, Pembesaran Nodus Limfa, Cirit-birit yang kronik atau berulang, Luka-luka Kulit Luar Biasa, kehilangan atau kenaikan berat badan yang mendadak secara berterusan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Perempuan sahaja: (a) Adakah anda sedang mengandung? Jika Ya, berapa bulan? <input type="text"/> bulan (b) Pernahkah anda menghadapi sebarang penyakit payudara, alat kelamin, masalah haid, masalah pap smear yang abnormal atau komplikasi semasa melahirkan anak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Kanak-kanak di bawah umur 2 tahun: Adakah kanak-kanak ini lahir secara pra-matang atau tidak cukup bulan? Jika Ya, sila nyatakan bulan/ <input type="text"/> bulan <input type="text"/> minggu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sekiranya mana-mana jawapan adalah 'Ya' bagi soalan di atas, sila berikan butiran di bawah dengan menulis nombor bagi jawapan tersebut supaya ia menyamai nombor soalan.

No.	Butiran-butiran

BAHAGIAN 3 – BUTIRAN DOKTOR TETAP

Nama Doktor	Alamat	No. Telefon	Tarikh Konsultasi Terakhir	Sebab-sebab Konsultasi

Sila lampirkan kertas berasingan jika ruang tidak mencukupi.

BAHAGIAN 4 – PELAN DIPERLUKAN DAN BUTIRAN PREMIUM, SILA TANDAKAN PELAN YANG DIPILIH

Kelas Pekerjaan	Pelan					Premium (RM)
1 & 2	<input type="checkbox"/> RM30,000	<input type="checkbox"/> RM40,000	<input type="checkbox"/> RM50,000	<input type="checkbox"/> RM70,000	<input type="checkbox"/> RM100,000	
3	<input type="checkbox"/> RM30,000	<input type="checkbox"/> RM40,000	<input type="checkbox"/> RM50,000	<input type="checkbox"/> RM70,000	<input type="checkbox"/> RM100,000	
Cukai Perkhidmatan (RM)						
Duti Setem (RM)						10.00
Jumlah Yang Perlu Dibayar (RM)						

BAHAGIAN 5 – KAEDAH PEMBAYARAN

Saya sertakan wang tunai/cek RM _____ dibayar kepada Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad.

No. Cek:

PEMBAYARAN KAD KREDIT



KEBENARAN DEBIT LANGSUNG

Saya dengan ini memohon dan memberi kebenaran kepada Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad ('Syarikat') untuk mendebit premium dan amaun yang harus dibayar sebagai Cukai Perkhidmatan kepada akaun kad kredit saya seperti yang tertera di bawah bagi Jumlah Yang Perlu Dibayar di bawah polisi insurans saya yang disebutkan di atas.

Nama Pemegang Kad	<input type="text"/>	Amaun Premium (RM):
	<input type="text"/>	Jumlah Yang Perlu Dibayar (RM):
No. Akaun Pemegang Kad	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Tarikh Luput: <input type="text"/> / <input type="text"/>
Bank Pengeluar	<input type="text"/>	
Hubungan dengan Pemegang Polisi	<input type="text"/> Kod: [01] Sendiri [02] Suami/isteri [03] Ibu bapa [04] Anak-anak	

- Nota: 1. Bayaran premium melalui kad kredit adalah dibenarkan jika pemegang kad adalah orang yang membayar polisinya sendiri atau ahli keluarga terdekat iaitu pasangan, ibu bapa dan anak-anak.
 2. Amaun Jumlah Yang Perlu Dibayar adalah berdasarkan pelan yang dipilih di bawah BAHAGIAN 4.

PENGISYTIHARAN

Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas dalam arahan tetap ini adalah betul dan benar. Sekiranya terdapat apa-apa perubahan atau pembatalan pada arahan di atas, saya akan memberitahu Syarikat berkenaan ini secara bertulis ataupun saya akan memberi suatu arahan tetap yang baru. Oleh itu, saya mengakui bahawa segala Terma dan Syarat pembayaran secara kad kredit dipersetujui dan hanya akan dibuat atas permohonan saya.

 Tandatangan Pemegang Kad
 (seperti di kad)

- -
 Tarikh

BAHAGIAN 6 – BUTIRAN BANK

Jenis Akaun	Simpanan	Semasa	Lain-lain (sila nyatakan)																	
Nama Pemegang Akaun																				
No. Akaun																				
Nama Bank																				
Alamat Bank																				
Poskod								Bandar												
Negeri																				
Negara																				
ID Dikemukakan sewaktu membuka akaun untuk pengesahan																				
Jenis ID																				
No. ID																				

BAHAGIAN 7 – PENDEDAHAN MAKLUMAT PERIBADI DAN PRIVASI DATA

Perlindungan terhadap privasi anda adalah sangat penting bagi kami. Sila lawati laman web kami di allianz.com.my untuk melihat Kenyataan Privasi kami (NOTIS KEPADA PELANGGAN-PELANGGAN ALLIANZ GENERAL INSURANCE COMPANY (MALAYSIA) BERHAD BERKENAAN DENGAN AKTA PERLINDUNGAN DATA PERIBADI 2010).

Pendedahan dan Kebenaran

Maklumat peribadi yang anda bekalkan sebagai seorang individu untuk membeli insurans tersebut di atas akan digunakan oleh Allianz Group dan ejennya untuk memudahkan pelaksanaan fungsi kami sebagai syarikat insurans mengikut Kenyataan Privasi kami. Dengan menandatangani borang cadangan ini, anda memberi kebenaran untuk menggunakan maklumat peribadi anda untuk tujuan yang dinyatakan dalam Kenyataan Privasi kami.

BAHAGIAN 8 – PENGISYTIHARAN

Saya dengan ini mengisytiharkan dan memberi jaminan bahawa jawapan/maklumat yang diberikan di atas adalah benar dan betul dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat yang mungkin mempengaruhi permohonan cadangan ini dan saya bersetuju bahawa permohonan dan pengakuan ini akan menjadi asas kontrak di antara Syarikat dan diri saya sendiri dan saya juga bersetuju bahawa liabiliti Syarikat tidak akan berkuat kuasa sehingga permohonan ini telah diberitahu dan diterima oleh Syarikat.

Tandatangan Pencadang

Nama																				
Jenis ID																				
No. ID																				
Tarikh																				

Tandatangan Saksi

Nama																				
Jenis ID																				
No. ID																				
Tarikh																				

Nota: 1. Jika Orang Yang Diinsuranskan adalah kanak-kanak yang berumur di bawah lapan belas (18) tahun, cadangan ini hendaklah ditandatangani oleh ibu bapa/penjaga. Sila nyatakan Nama, Jenis ID dan No. ID Ibu Bapa/Penjaga.

Pusat Khidmat Pelanggan Allianz

Allianz Arena, Ground Floor, Block 2A, Plaza Sentral, Jalan Stesen Sentral 5, Kuala Lumpur Sentral, 50470 Kuala Lumpur.

Pusat Hubungan Pelanggan Allianz: 1 300 22 5542 E-mel: customer.service@allianz.com.my

allianz.com.my