

Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad (200601015674)
(在2013年金融服务法令下持牌经营，并由大马国家银行监管)



点击或扫描此处以了解更多
关于您的先合同信息披露义务和我们的隐私声明。

Allianz MediCure 投保表格

您可以通过此处或扫描上方二维码访问并确保详细阅读您的合同信息披露和我们的隐私声明信息。未能履行您的披露义务可能会导致合同被撤销，理赔被拒或减少，条款被更动或变动，或合同被终止。

保险期限: 从 日 月 - 日 月 - 年 年 年 年 至 日 月 - 日 月 - 年 年 年 年

保险代理代码: -

请用大写字母填写/在适当的方框中打勾 ☒。

第一部分 - 投保人资料									
称谓	☐ 先生	☐ 女士	☐ 小姐	☐ 其他 (请注明)					
姓名									
地址									
邮政编码					城市				
州属					国家				
联络号码		-							
电子邮件									
证件类型	☐ 身份证号码	☐ 护照	☐ 警察/军人证						
证件号码									
出生日期	日 月 - 日 月 - 年 年 年 年	性别	☐ 男	☐ 女					
身高	厘米	体重		公斤					
国籍	☐ 马来西亚公民	☐ 其他 (请注明)							
职业									

投保人是法人									
证件类型	☐ 商业注册号码	☐ 新商业注册号码							
证件号码									
税务识别号 (TIN)									
销售和服务税 (SST) 号码									
*行业性质									

注: *如果投保人属法人团体，则需填写业务性质。

第二部分 - 需求评估	
编号	问题
1.	您购买健康保险的需求/优先事项是什么? (可选择多个选项) ☐ 我现在投资一份保险，以保障我晚年的医疗费用 ☐ 我没有足够的储蓄来支付任何紧急医疗费用 ☐ 其他 (请注明) 备注:
2.	您目前是否受雇和/或自雇 (例如企业主)? ☐ 是 ☐ 否



3a.

如果受雇/自雇，您的平均每月收入是多少？
(估算税前及公积金缴纳前的月收入)
均每月收入 (RM):

不愿透露

3b.

如果未就业，您将如何支付这份医疗保险？

现有储蓄

被动收入 (租金、投资、股票、不动产等)

其他来源 (请注明)

备注:

4.

您是否已有任何医疗和/或住院及手术保险 (包括雇主提供的员工福利) ?

是

否

如有，您现有医疗和/或住院及手术保险的总年度保额是多少？
总年度保额 (RM):

不愿透露

5.

您的每月可支配收入是多少? (收入扣除支出及所有持续财务义务后的余额)
每月可支配收入 (RM):

不愿透露

6.

您是否愿意先行支付医疗费用，然后向Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad申请报销，以享受更低保费的医疗保险？

是

否

注：如果受保人为未成年人（即未满 18 岁），此需求评估须由父母或法定监护人填写。

重要说明

1.

您的中介必须掌握足够的信息，才能提供合适的建议。您所提供的信息将作为建议的依据。

2.

如果您选择不提供所需的全部相关信息，您的中介可能无法提供合适的建议，导致您可能作出不符合自身需求的医疗保险财务承诺。

3.

您的中介必须对您所披露的信息严格保密，并仅限用于推荐医疗保险的目的。

4.

您必须确保已收到并理解有关保单/计划的重要信息。如有任何疑问，您应向中介人或 Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad 寻求解释。

5.

在决定购买/参与任何医疗保单之前，您必须根据自身财务状况，确保所选保单/计划最符合您的保险需求。

第 3 部分 - 健康声明 (仅适用于个人)			
编号	问题	是	否
1.	您的任何医疗保险申请是否曾被拒保、受限，或仅在修改条款的情况下获批？		
2.	在过去 5 年内，您是否曾患有、被诊断、接受治疗、服用药物、住院（或被建议接受治疗但未进行或拒绝治疗）的任何疾病、病症或医疗状况？如有，请逐项详细说明： (a) 疾病、病症或医疗状况的名称 (b) 确诊日期、复发详情（如有）及当前状况 (c) 请描述您在过去 5 年内接受过的任何治疗或使用的药物 (d) 如果您曾住院或被建议接受治疗但未进行或拒绝治疗，请解释您作出该决定的原因，以及因此产生的后果（如有）		
3.	您是否有任何身体缺陷、日常活动受限（无法独立完成 2 至 3 项活动）、身体虚弱、疾病、异常或先天性疾病？如有，请逐项详细说明： (a) 残疾或医疗状况的类型 (b) 残疾或医疗状况的诊断日期 (c) 针对该残疾或医疗状况所接受的治疗或药物 注：*日常活动指行动、穿衣、个人卫生、如厕、进食和/或转移		

注：如果投保人属法人团体，以上问题仅适用于被保险人数在 1 至 20 人之间的情况。

如果上述问题中有任何一个答案为“是”，请在下面提供详细说明，并将您的答案编号与问题编号相对应。

编号	详情

PBPFC090800 04/25

2/3

第四部分 - 所需计划及保费详情。请勾选 ☒ 所选计划

所需计划	非免带现金	免带现金*	自付额 (可选项)	总保费 (RM)
☐ 计划 1 年度总限额 RM50,000 ☐ 计划 2 年度总限额 RM80,000 ☐ 计划 3 年度总限额 RM120,000 ☐ 计划 4 年度总限额 RM150,000 ☐ 计划 5 年度总限额 RM250,000	☐	☐	☐ 选项 1 RM500 ☐ 选项 2 RM10,000 ☐ 选项 3 RM20,000 ☐ 选项 4 RM30,000 ☐ 选项 5 RM40,000 ☐ 选项 6 RM50,000	
管理式医疗组织 (MCO) 费用 (RM)				
服务税 (RM)				
印花税 (RM)				
总额 (RM)				

注：
1. MCO费用为 RM18 (仅适用于免带现金选项)。
2. 若投保人属法人团体，保费需缴纳 8% 服务税。
3. 保费需征收 RM10 印花税。

第五部分 - 声明

我特此声明，本人已如实、完整地回答了本投保申请表中的所有问题。本人特此授权任何医院、外科医生、执业医师、诊所或其他因任何原因为本人提供诊治的人员，向公司披露与本人任何疾病或伤害相关的所有信息，并提供所有医院或医疗记录/证明的副本，包括任何既往病史。本授权书的复印件与原件具有同等法律效力。本人确认，在公司正式接受本投保申请并收到保费之前，本保单的保险责任尚未生效。

个人投保人

投保人签名

姓名

证件类型 ☐ 身份证号码 ☐ 护照 ☐ 警察/军人证

证件号码

日期

注：若受保人为未满十八 (18) 岁的儿童，本投保书必须由其父母或监护人签署。请注明父母或监护人的姓名、证件类型及证件号码。

法人投保人

见证人: 代表雇主 雇主印章

签名

姓名

职位

日期