



MALAYSIAN ASSURANCE ALLIANCE BERHAD ^(8029-A)

Head Office/Pen. M'sia: Menara MAA, 11th Floor, 12, Jalan Dewan Bahasa, 50460 Kuala Lumpur. Call Centre: 1-300-888-MAA/622, 03-2146 9999 Fax: 03 2142 5863
Sabah: Menara MAA, No. 6, Lorong Api-Api 1, 88000 Kota Kinabalu, Sabah. Tel: 088-218 000 Fax: 088- 217763
Sarawak: Menara MAA, Level 8, Lot 86, Section 53, Jalan Ban Hock/Central Timur, 93100 Kuching, Sarawak. Tel: 082 - 233 232 Fax: 082- 429070

Nota Penting : Mengikut seksyen 149(A) Akta Insurans 1996, anda kehendaki menyatakan sepenuhnya dan sebenar-benarnya di dalam borang ini semua kenyataan yang anda tahu atau sepenuhnya tahu, jika tidak polisi yang dikeluarkan akan dianggap tidak sah. Untuk tuntutan bukti umur adalah diperlukan.

BORANG CADANGAN

KOBANK
CGS-000002/2003

Nama Yang Diinsurankan _____
No. K/P Baru _____ No. Kakitangan Bank _____ Tarikh Lahir _____
Jantina Lelaki Perempuan Taraf Perkahwinan _____ Bangsa _____
Tinggi _____ cm(atau) _____ kaki _____ inci Berat _____ kg(atau) _____ lbs
Bank>Nama Syarikat/Cawangan _____ No. Tel _____ No. H/P _____
Alamat Kediaman _____

Nama & Alamat Doktor biasa _____

Nama Kakitangan Bank (jika pemohon suami/isteri/anak) _____

Nama Waris _____ Pertalian _____

CARUMAN BULANAN : RM _____

MAKLUMAT KESIHATAN

- | | Ya | Tidak |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Adakah anda menghidap apa-apa penyakit atau kecederaan, bertemu doktor atau dimasukkan ke hospital dalam tempoh lima tahun yang lalu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Adakah anda pada masa ini sedang menjalani rawatan perubatan, mengambil dadah atau sebarang rawatan lain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Pernahkah anda menghidap, dirawat atau menerima nasihat menjalani sebarang rawatan bagi:- | | |
| - darah tinggi, sakit dada, strok, penyakit jantung, darah atau saluran darah? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - kelenjar membesar, sebarang bentuk kanser atau ketumbuhan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - kencing manis, atau sebarang gangguan pada perut, usus, buah pinggang, hati atau pundi air kencing? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - batuk kering, asma, bronkitis atau sebarang penyakit berkaitan pernafasan yang lain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - mata, telinga atau hilang daya pertuturan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Epilepsi, gangguan mental atau saraf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan Penyakit) atau kompleks keadaan berkaitan AIDS, atau sebarang gangguan daya tahan (termasuk yang telah diuji) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Pernahkah ibubapa atau adik beradik anda mengalami sebarang penyakit yang dirangkumkan dalam pelan ini? Jika "Ya" nyatakan pada kertas berasingan, siapa, penyakit dan usia diserang penyakit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Pernahkah mana-mana permohonan anda untuk insurans perubatan, kemalangan atau hayat ditolak, dibatal, ditunda, dikadar atau ditetapkan syarat-syarat khas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. (i) Pernahkah anda menghisap rokok atau sebarang bahan lain dalam masa 12 bulan kebelakangan ini? Jika "Ya", berapa batang sehari dan selama berapa tahun?
Bilangan setiap hari : _____
Bilangan tahun merokok : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (ii) Adakah anda mengambil alkohol? Jika "Ya" nyatakan jumlahnya (_____ tin/botol seminggu) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Adakah anda melibatkan diri dalam sebarang pekerjaan, kegiatan atau luangan masa yang merbahaya seperti lumba motor, panjat batu, terjun udara atau penerbangan (selain dari sebagai penumpang berbayar dalam perkhidmatan penerbangan yang dikenali)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Adakah terdapat sebarang fakta, keadaan atau maklumat berkenaan kesihatan anda yang tidak disebut secara khusus di atas? Jika jawapan kepada mana-mana soalan di atas adalah "Ya", sila kemukakan butir-butir (Nyatakan no.soalan) dalam kertas berasingan. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Segala kenyataan adalah benar dan lengkap pada pengetahuan saya serta saya percaya dan faham bahawa pihak Syarikat yang yakin dengan kenyataan ini, akan bergantung serta bertindak berasaskannya. Dengan ini juga, saya membenarkan mana-mana pakar perubatan atau hospital atau mana-mana organisasi yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan berkenaan diri saya atau kesihatan saya, mengemukakan kepada MALAYSIAN ASSURANCE ALLIANCE BERHAD sebarang maklumat berkenaan sejarah perubatan dan keadaan fizikal saya. Salinan fotokopi pengesahan ini adalah sah sepertimana salinan asal.

Saya/Kami faham bahawa insurans yang dimohon tidak akan bermula sehingga permohonan diterima oleh MAA dan MAA tidak tertakluk kepada sebarang liabiliti sehingga penerimaan disahkan.

Tarikh _____

Tandatangan Yang Diinsurankan
(Tandatangan Ibubapa/Penjaga untuk Permohonan Juvenil)

SILA AMBIL PERHATIAN PENGECUALIAN DI BAWAH SKIM INI, TERMASUK YANG BERKAITAN DENGAN PENYAKIT UTAMA
KEBENARAN PEMOTONGAN PREMIUM

Kepada : Ketua Jabatan Sumber Manusia
(Bank)

ISaya, (Nama) _____ No. K.P. _____ dengan ini membenarkan pemotongan dari Gaji Bulanan saya RM _____ untuk saya/suami/isteri/anak sebagai caruman kepada skim di atas dan dengan ini akan meneruskan bayaran sehingga diberitahu secara bertulis dan menjelaskan yang sama kepada Koperasi Pekerja - Pekerja Bank Malaysia Berhad di Lot 10.03, Tingkat 10, Bangunan Lee Yan Lian, Jalan Tun Perak, 50050 Kuala Lumpur. Tel: 03 2031 4933 Fax: 03 2031 7298

Tarikh _____

Tandatangan Kakitangan _____
No. Kakitangan _____



MALAYSIAN ASSURANCE ALLIANCE BERHAD (8029-A)

Head Office/Pen. M'sia: Menara MAA, 11th Floor, 12, Jalan Dewan Bahasa, 50460 Kuala Lumpur. Call Centre: 1-300-888-MAA/622, 03-2146 9999 Fax: 03 2142 5863
Sabah: Menara MAA, No. 6, Lorong Api-Api 1, 88000 Kota Kinabalu, Sabah. Tel: 088-218 000 Fax: 088- 217763
Sarawak: Menara MAA, Level 8, Lot 86, Section 53, Jalan Ban Hock/Central Timur, 93100 Kuching, Sarawak. Tel: 082 - 233 232 Fax: 082- 429070

Important notice : Pursuant to Section 149(4) of the Insurance Act 1996, you are to disclose in this proposal form fully and faithfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued hereunder is invalid. In the event of claim a proof of age will be required.

PROPOSAL FORM

KOBANK
CGS-000002/2003

Name of Proposed Insured _____
NRIC No. _____ Bank Staff No. _____ Date of Birth _____
Sex Male Female Marital Status _____ Race _____
Height _____ cm(or) _____ feet _____ inches Weight _____ kg(or) _____ lbs
Bank/Company Name/Branch _____ Tel No. _____ H/P No. _____
Home address _____

Name & Address of Regular Doctor _____
Name of Bank Employee (if applicant is spouse/child) _____
Name of beneficiary _____ Relationship _____

MONTHLY PREMIUM : RM _____

HEALTH DECLARATION

	Yes	No
1. Are you presently in ill-health or have suffered or sustained any mental or physical illness or injury during the past five years?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Are you currently receiving medical attention or taking any drugs or medication?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever suffered from or received medical advice, counseling or treatment for :-		
- high blood pressure, chest pain, stroke, disease of the heart, blood or blood vessels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- enlarged glands, any form of cancer or tumour?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- diabetes or any disorder of stomach, bowels, kidneys, liver or bladder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- tuberculosis, asthma, bronchitis or other respiratory illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- eyes, ears and loss of speech?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- epilepsy, mental or neurological disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) and AIDS related complex, or any immunological disorder (including being tested for)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have any of your parents, brothers or sisters ever suffered from any of illnesses included in this plan. If "Yes", advise on a separate sheet of paper which relative(s), disease and age contracted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have you ever had any application for medical, accident or life insurance declined, cancelled, postponed, rated or subject to special terms?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. (i) Have you smoked cigarettes or any other substance in the past 12 months? If "Yes" how many a day and for how many years? No. Per day : _____ No. of Years Smoking : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ii) Do you consume alcohol ? If "Yes" in what quantity ? (_____ cans/bottles/pegs per week)		
7. Do you engage in any hazardous occupation, pursuit or pastime, e.g motor racing, rock climbing, skydiving or flying (other than as a fare paying passenger on recognised air service)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Is there any fact, circumstance or information regarding your health which was not specifically mentioned above. If the answer to any questions above is "Yes", please give details (Noting the question number) on a separate sheet of paper.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

All the above statements are true and complete to the best of my knowledge and belief and understand that the company, believing them to be such, will rely and act on them. Furthermore, I authorize any physician or hospital or any organisation that has any records or knowledge of me or my health to furnish MALAYSIAN ASSURANCE ALLIANCE BERHAD with the information concerning my medical history and physical condition. A photocopy of this authorization shall be as effective and valid as the original.

I/We understand that the insurance applied for will not become effective unless and until the Application is accepted and MAA is under no liability until acceptance is effective.

Date

Signature of Proposed Insured
(Signature of Parents for Juvenile applicant)

PLEASE NOTE THE EXCLUSIONS UNDER THIS SCHEME, INCLUDING THOSE APPLICABLE TO THE MAJOR ILLNESSES AUTHORIZATION FOR DEDUCTION OF PREMIUM

To: Head, Human Resource Dept.
(Bank)
I, (Name) _____ I.C No. _____ hereby authorize you to deduct from my Monthly Salary of RM _____ for myself / my spouse / children as contribution to the above scheme and continuously hereinafter until advised in writing and remit the same to Koperasi Pekerja - Pekerja Bank Malaysia Berhad at Lot 10.03, 10th Floor, Bangunan Lee Yan Lian, Jalan Tun Perak, 50050 Kuala Lumpur. Tel: 03 2031 4933 Fax: 03 2031 7298

Date
19811/P/L/S/M

Signature of Staff
Staff No. _____