

Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad (200601015674)
 (Dilisenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan dikawal selia oleh Bank Negara Malaysia)



[Klik sini](#) atau imbas untuk membaca lebih lanjut mengenai kewajipan pendedahan pra-kontrak anda dan Notis Privasi kami.

Borang Cadangan Allianz MediCure

Sila pastikan anda membaca penjelasan kami mengenai kewajipan pendedahan pra-kontrak anda dan Notis Privasi kami yang boleh anda akses [di sini](#) atau dengan mengimbas kod QR di atas. Kegagalan memenuhi kewajipan pendedahan anda mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak, tuntutan ditolak atau dikurangkan, terma diubah atau diubah suai, atau kontrak ditamatkan.

Tempoh Insurans:

Dari - - Hingga - -

Kod Ejen:

-

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	<input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan)	<input type="text"/>
Nama	<input type="text"/>				
Alamat	<input type="text"/>				
Poskod	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bandar	<input type="text"/>
Negeri	<input type="text"/>			Negara	<input type="text"/>
No. Telefon Bimbit	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mel	<input type="text"/>				
Jenis ID	<input type="checkbox"/> Kad Pengenalan Baru	<input type="checkbox"/> Pasport	<input type="checkbox"/> Polis/Tentera		
No. ID	<input type="text"/>				
Tarikh Lahir	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Jantina	<input type="checkbox"/> Lelaki	<input type="checkbox"/> Perempuan	
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"/>				

Pencadang merupakan Badan Korporat

Jenis ID	<input type="checkbox"/> No. Pendaftaran Syarikat	<input type="checkbox"/> No. Pendaftaran Syarikat Baru
No. ID	<input type="text"/>	
No. Pengenalan Cukai (TIN)	<input type="text"/>	
No. SST	<input type="text"/>	
*Jenis Perniagaan	<input type="text"/>	

Nota: *Jenis Perniagaan diperlukan sekiranya Pencadang merupakan Badan Korporat.

Bahagian 2 – Penilaian Berasaskan Keperluan

No.	Soalan-Soalan
1.	<p>Apakah keperluan/keutamaan anda untuk membeli insurans kesihatan? (Anda boleh memilih lebih dari satu keutamaan)</p> <p><input type="checkbox"/> Saya sedang melabur dalam insurans sekarang untuk menampung perbelanjaan kesihatan semasa usia tua saya</p> <p><input type="checkbox"/> Saya tidak mempunyai simpanan yang mencukupi untuk membayar bil perubatan kecemasan</p> <p><input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan)</p> <p>Catatan:</p>
2.	<p>Adakah anda sedang bekerja dan/atau bekerja sendiri (pemilik perniagaan)?</p> <p><input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</p>



3a.	Jika anda bekerja/bekerja sendiri, berapakah purata pendapatan bulanan anda? (Anggaran pendapatan kasar bulanan sebelum cukai dan caruman KWSP) Purata Pendapatan Bulanan (RM): _____ <input type="checkbox"/> Tidak mahu nyatakan
3b.	Jika anda tidak bekerja, bagaimanakah akan anda membiayai insurans perubatan ini? <input type="checkbox"/> Simpanan Semasa <input type="checkbox"/> Pendapatan Pasif (Sewaan, Pelaburan, Stok, Hartanah, dan lain-lain) <input type="checkbox"/> Sumber Lain (sila nyatakan) Catatan:
4.	Adakah anda mempunyai sebarang insurans perubatan dan/atau penghospitalan dan pembedahan (termasuk faedah pekerja yang disediakan oleh majikan anda)? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika Ya, berapakah jumlah had tahunan gabungan polisi insurans perubatan dan/atau penghospitalan dan pembedahan sedia ada anda? Jumlah Had Tahunan Gabungan (RM): _____ <input type="checkbox"/> Tidak mahu nyatakan
5.	Berapakah anggaran pendapatan boleh guna sebulan anda? (Pendapatan selepas menolak perbelanjaan dan sebarang kewajipan kewangan yang sedang ditanggung) Pendapatan Boleh Guna Sebulan (RM): _____ <input type="checkbox"/> Tidak mahu nyatakan
6.	Adakah anda akan mempertimbangkan untuk membayar bil perubatan anda terlebih dahulu, kemudian menuntut semula daripada Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad bagi menikmati pembayaran premium yang lebih rendah ke atas polisi insurans perubatan anda? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

Nota: Jika Orang Yang Diinsuranskan adalah individu belum dewasa (bawah umur 18 tahun), ibubapa/penjaga perlu menjawab Penilaian Berasaskan Keperluan ini.

Notis Penting

- Perantara anda perlu mempunyai maklumat yang lengkap sebelum membuat cadangan yang sesuai. Maklumat yang anda berikan adalah penentu bagi nasihat yang akan diberikan kepada anda.
- Jika anda memilih untuk tidak memberikan semua maklumat yang berkenaan yang diminta, perantara anda mungkin tidak dapat memberikan anda nasihat yang sesuai dan akibatnya, anda mungkin membuat komitmen kewangan untuk mendapatkan polisi insurans perubatan yang tidak sesuai dengan keperluan anda.
- Perantara anda dikehendaki untuk mengekalkan kerahsiaan maklumat yang dinyatakan oleh anda dan mengehadkan penggunaan maklumat tersebut hanya untuk tujuan mencadangkan insurans perubatan.
- Anda perlu memastikan bahawa maklumat penting mengenai polisi/pelan dinyatakan kepada anda dan anda memahami maklumat yang dinyatakan tersebut. Sekiranya terdapat kekeliruan, anda perlu mencari penjelasan daripada perantara atau Allianz General Insurance Company (Malaysia) Berhad.
- Sebelum membuat keputusan untuk membeli/mengambil bahagian dalam mana-mana polisi perubatan, anda perlu memastikan bahawa polisi/pelan tersebut memenuhi keperluan insurans anda berdasarkan kemampuan kewangan anda.

Bahagian 3 - Pengesahan Kesihatan (Individu Sahaja)			
No.	Soalan-soalan	Ya	Tidak
1.	Pernahkah permohonan anda bagi mana-mana perlindungan perubatan ditolak, dihadkan atau diterima dengan syarat diubahsuai?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Pernahkah anda menghidapi, diberitahu yang anda menghidapi, menerima rawatan perubatan atau dibawah ubatan, dimasukkan ke dalam hospital (atau dinasihatkan untuk menerima rawatan tetapi tidak meneruskannya atau menolak rawatan) untuk sebarang keadaan -kesihatan atau penyakit dalam tempoh 5 tahun yang lalu? Jika Ya, sila berikan butiran untuk setiap perkara di bawah: (a) Nama keadaan kesihatan atau penyakit. (b) Tarikh anda diberitahu menghidapi, butiran episod berulang (jika ada), dan status semasa keadaan kesihatan atau penyakit. (c) Nyatakan sebarang rawatan atau ubatan yang anda terima dalam tempoh 5 tahun yang lalu. (d) Jika anda telah dimasukkan ke dalam hospital atau dinasihatkan untuk menerima rawatan tetapi tidak meneruskannya atau menolak rawatan, sila jelaskan sebab di sebaliknya keputusan anda dan akibat yang timbul daripadanya, jika ada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Adakah anda mengalami sebarang kehilangan upaya fizikal atau had dalam menjalankan aktiviti harian* (tidak dapat menjalankan 2 atau 3 aktiviti tanpa bantuan), kelemahan fizikal atau penyakit, sebarang keabnormalan, atau keadaan kongenital? Jika Ya, sila berikan butiran untuk setiap perkara di bawah: (a) Jenis kehilangan upaya atau keadaan kesihatan. (b) Tarikh anda diberitahu mengalami kehilangan upaya / keadaan kesihatan. (c) Rawatan atau ubatan yang anda terima untuk kehilangan upaya / keadaan kesihatan. Nota: *Aktiviti harian bermaksud bergerak bebas, memakai pakaian, membersihkan diri, menggunakan tandas, makan dan/atau beralih tempat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: Sekiranya Pencadang adalah Badan Korporat, soalan ini hanya terpakai sekiranya jumlah yang orang yang diinsuranskan antara 1 hingga 20 orang sahaja.

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 4 - Pelan Diperlukan Dan Butiran Premium, Sila Tandakan Pelan Yang Dipilih

Pelan Diperlukan	Tunai	Tanpa Tunai*	Deduktibel (Pilihan)	Jumlah Premium (RM)
<input type="checkbox"/> Pelan 1 HTK RM50,000 <input type="checkbox"/> Pelan 2 HTK RM80,000 <input type="checkbox"/> Pelan 3 HTK RM120,000 <input type="checkbox"/> Pelan 4 HTK RM150,000 <input type="checkbox"/> Pelan 5 HTK RM250,000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pilihan 1 RM500 <input type="checkbox"/> Pilihan 2 RM10,000 <input type="checkbox"/> Pilihan 3 RM20,000 <input type="checkbox"/> Pilihan 4 RM30,000 <input type="checkbox"/> Pilihan 5 RM40,000 <input type="checkbox"/> Pilihan 6 RM50,000	
Fee MCO (RM)				
Cukai Perkhidmatan (RM)				
Duti Setem (RM)				
Jumlah Yang Perlu Dibayar (RM)				

Nota:

- *Fee MCO RM18.00 akan dicaj secara berasingan untuk Pelan Tanpa Tunai.
- Bagi Badan Korporat, premium tertakluk kepada 8% Cukai Perkhidmatan.
- Premium tertakluk kepada Duti Setem RM10.

Bahagian 5 - Pengisytiharan

Saya dengan ini mengaku bahawa semua jawapan dalam borang cadangan ini adalah betul dan benar. Saya dengan ini membenarkan mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik atau sesiapa yang merawat saya atas sebarang sebab untuk mendedahkan apa-apa sahaja kepada Syarikat dan kesemua maklumat berkenaan dengan sebarang penyakit atau kecederaan dan mengemukakan salinan semua hospital atau rekod/sijil perubatan, termasuk sebarang sejarah perubatan terdahulu. Salinan surat kebenaran ini akan dianggap memadai dan sah sepertimana yang asal. Saya mengakui bahawa liabiliti Syarikat tidak akan bermula sehingga cadangan ini diterima dan premiumnya dibayar kepada Syarikat.

Untuk Pelanggan Individu

Tandatangan Pencadang

Nama

Jenis ID Kad Pengenalan Baru Pasport Polis/Tentera

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.

Untuk Pelanggan Syarikat

Disaksikan Oleh:

Untuk dan Bagi Pihak Majikan

Cap Majikan

Tandatangan

Nama

Jawatan

Tarikh - -