

Borang Cadangan Perjalanan Domestik eZ
Domestic eZ Travel Proposal Form



BH Insurance (M) Bhd. 29962-V
(Formerly known as Royal & Sun Alliance Insurance (M) Bhd.)
(A member of Boustead Group)
Wisma Boustead, 71 Jalan Raja Chulan, 50200 Kuala Lumpur. P.O. Box 12192, 50770 Kuala Lumpur.
Telephone: 03-2141 0233 Facsimile: 03-2142 9219 Website: www.bhinsurance.com.my

Butir-butir Peribadi / Personal Details

Nama Penuh (Seperti di dalam KP/Pasport) / Full Name: (as in NRIC/Passport) _____

Jantina / Sex: Perempuan / Female Lelaki / Male No. KP Baru / No. Passport / New NRIC / Passport No: _____

Pekerjaan / Occupation: _____

Alamat Surat-menyurat / Correspondence Address: _____

No. Tel: (P) / Tel: (0) _____ (R) / (H) _____ (T/B) / (HIP) _____

Jenis Perlindungan (Sila jika perlu) / Type of Cover (Please as necessary)

Perlindungan Perseorangan / Individual Cover Perlindungan Keluarga* (Bil. Anak-anak) / Family Cover* (No. of children) _____

*Perlindungan Keluarga merangkumi diri anda, suami/isteri anda dan anak-anak anda yang berusia di bawah 18 tahun.

*Family cover includes yourself, your spouse and children below 18 years of age.

Butir-butir Perlindungan & Perjalanan / Details of Coverage & Journey

Tempoh Perlindungan* / Period of Cover*

Bermula pada / Commences on: _____

Tamat pada / Expires on: _____

* Tidak melebihi 31 hari setiap perjalanan / * Max: 31 days per trip

Untuk Perlindungan Keluarga (suami/isteri dan anak-anak yang akan dilindungi (jika ada)) / For Family Cover (spouse and children to be covered (if any))

Nama Penuh (seperti di dalam KP/Pasport) Full Name (as in NRIC/Passport)	No KP baru / No Pasport New NRIC / Passport No.	Tarikh lahir (hh/bb/tt) Date of Birth (dd/mm/yy)	Pekerjaan Occupation

Orang yang dihubungi semasa kecemasan / Emergency Contact

Nama Penuh / Full Name	Pertalian / Relationship	No. Tel. / Tel No.

Arahan Pembayaran / Payment Instruction

Tunai / Cash No. Cek / Cheque No. : _____ Bayar kepada / Payable to : **BH Insurance (M) Bhd.**

Dengan Kad Kredit / By Credit Card: Visa Master Card

Sila debitkan Akaun Kad VISA / Mastercard saya untuk semua premium yang perlu dibayar berhubung dengan Pelan Perjalanan Domestik eZ / Please debit all premiums due in respect of the Domestic eZ Travel Plan to my VISA / Mastercard Card Account.

No. : _____ Tarikh Tamat / Expiry Date :

Nama Pemegang Kad / Cardholder's Name

⊗ Sila Tandatangan Di sini / Please Sign Here

Tandatangan Pemegang Kad / Cardholder's Signature
(Tandatangan hendaklah sama dengan Akaun Kad. / Signature must correspond with Card Account.)

Tarikh / Date
(hh/bb/tt) / (dd/mm/yy)

Disahkan oleh / Verified by

Nama / Name

Tarikh / Date
(hh/bb/tt) / (dd/mm/yy)

Perakuan / Declaration

Menurut Seksyen 149(4) Akta Insurans 1996 (Malaysia): Anda diminta menerangkan dengan penuh dan benar segala butir-butir yang anda tahu atau harus tahu di atas permohonan ini, jika tidak polisi/sijil yang dikeluarkan menurut permohonan ini adalah tidak sah.

Kami mengaku dengan sepenuhnya pada pengetahuan dan kepercayaan saya/kami bahawa:

- Semua jawapan yang diberi pada borang permohonan ini adalah benar dan semua fakta material yang mempengaruhi penilaian risiko telah diterangkan.
- Orang (orang-orang) yang diinsuranskan tinggal tetap di Malaysia dan berada didalam keadaan yang sihat, bebas dari kekurangan fizikal atau kecacatan.
- Orang (orang-orang) yang diinsuranskan tidak menggunakan perjalanan ini untuk mendapat rawatan perubatan atau meneruskan perjalanan in bertentangan dengan nasihat doktor.

Pursuant To Section 149(4) Of The Insurance Act 1996 (Malaysia): You are to disclose in this application form, fully and faithfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy/certificate issued hereunder may be invalidated.

We declare to the best of my/our knowledge and belief that:

- All answers given in this application form are true and all material facts affecting the assessment of the risk have been disclosed.
- The person(s) insured is/are permanently residing in Malaysia and is/are in good health, free from physical impairment or deformity.
- The person(s) insured is/are not travelling for the purpose of obtaining medical treatment or travelling contrary to the advice of any medical practitioner.

⊗ Sila Tandatangan Di sini / Please Sign Here

Tandatangan Pemohon / Signature of Applicant

Tarikh / Date
(hh/bb/tt) / (dd/mm/yy)

Perlindungan insurans tidak akan berkuatkuasa sehingga Cadangan ini diterima oleh pihak syarikat.
No cover is in force until this Proposal has been accepted by the Company.

Diunderait oleh : / Underwritten by :

BH Insurance (M) Bhd. 29962-V

Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja / For Office Use Only

No. Polisi/Sijil / Policy/Certificate No: _____

Tarikh diterima / Date of Acceptance: _____

Kod Akaun / Accounts Code: _____

Premium (RM) / Premium (RM): _____

Selaras dengan pematuhan Seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram 2001 / In compliance with Section 16(2) of the Anti-Money Laundering Act 2001.

Saya dengan ini mengesahkan bahawa butiran Pemohon adalah benar berdasarkan dokumen asal yang berikut / I hereby certify that the Proposer's details had been verified against the following original documents.

Sila tandakan (✓) yang berkenaan / Please tick (✓) as appropriate

- Kad Pengenalan / National Registration Identity Card (NRIC)
 - Pasport / Passport
 - Sijil pendaftaran / Certificate of registration
 - Lain-lain (sila berikan butiran) / Others (please specify)
-

Tandatangan / Signature _____

Nama / Name _____

Tarikh / Date _____

Nota Penting (1) / Important Note (1)

Berikut adalah senarai orang perseorangan yang dibenarkan membuat pengesahan butiran di atas : / The following persons are authorized to verify the above details :

- Kakitangan BH Insurance (M) Bhd. yang diberi kuasa / Staff of BH Insurance (M) Bhd. as authorized by the company
- Agen-agen BH Insurance (M) Bhd. yang berdaftar / Registered agents of BH Insurance (M) Bhd.

Nota Penting (2) / Important Note (2)

Salinan dokumen yang disahkan untuk polisi-polisi berikut perlu disimpan : / Copies of documents verified for the following insurance policies must be retained :

- Polisi-polisi individu atau syarikat yang mana premium tahunannya melebihi RM50,000 / Policies with premiums exceeding RM50,000 per annum in respect of single policies issued to individuals and institutions
- Polisi-polisi kumpulan yang mana premium tahunannya melebihi RM100,000 / Policies with premiums exceeding RM100,000 per annum in respect of group policies

PEMBERITAHUAN / NOTICE

Bagi tujuan dan maksud sekiranya terdapat konflik atau kekaburan berkenaan makna di dalam peruntukan Bahasa Malaysia tentang mana-mana bahagian kontrak atau dokumen, adalah dipersetujui bahawa kontrak atau dokumen versi Bahasa Inggeris akan digunakan. / For all intents and purposes where there is a conflict or ambiguity as to the meaning in the Bahasa Malaysia provisions of any part of the contract or document, it is hereby agreed that the English version of the contract or document shall prevail.