



LONPAC INSURANCE BHD (307414-T)

Head Office : LG, 6th, 7th, 21st to 26th Floor, Bangunan Public Bank, 6, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur, Malaysia.
P.O. Box 10708, 50722 Kuala Lumpur, Malaysia.
Tel: (03) 2262 8688, 2723 7888 Fax: (03) 2715 1332, 2034 2654, 2715 0722, 2072 3385, 2715 0696, 2723 7886
Website: www.lonpac.com

DMS/08/BIZ/P/001/Sept.

BizTravel Insurance Insurans BizTravel

PROPOSAL FORM / BORANG CADANGAN

STATEMENT PURSUANT TO SECTION 149(4) OF THE INSURANCE ACT, 1996, MALAYSIA.

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 may be void.

KENYATAAN MENGIKUT SEKSYEN 149(4) AKTA INSURANS 1996, MALAYSIA.

Anda hendaklah memberitahu dengan penuh dan jujur semua fakta yang anda tahu atau patut tahu dalam borang cadangan ini, jika tidak polisi yang dikeluarkan boleh menjadi tidak sah.

DUTY OF DISCLOSURE PURSUANT TO SECTION 150(1) OF THE INSURANCE ACT, 1996, MALAYSIA

It is the duty of the proposer to disclose to Lonpac Insurance Bhd a matter that he/she knows to be relevant (or a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant) to the decision of Lonpac Insurance Bhd on whether to accept the risk or not, and the rates and terms to be applied.

TANGGUNGJAWAB PENGEMUKAAN MENGIKUT SEKSYEN 150(1) AKTA INSURANS, 1996, MALAYSIA

Adalah menjadi tanggungjawab seorang pencadang untuk mendedahkan kepada Lonpac Insurance Bhd sesuatu perkara yang dia tahu sebagai relevan (atau seorang yang munasabah dalam keadaan itu mungkin dijangka untuk tahu sebagai relevan) kepada keputusan Lonpac Insurance Bhd sama ada untuk menerima atau tidak risiko, dan kadar dan terma yang hendak dipakai.

Agency A/C No:
No. Akaun Agensi

Policy No:
No. Polisi

A. COMPANY DETAILS / BUTIR-BUTIR SYARIKAT

| | | |
|--|---|---|
| 1. Name of Company Nama Syarikat | : | <input type="text"/> |
| 2. Business of Employer Perniagaan Majikan | : | <input type="text"/> |
| 3. Business Registration Document No : No. Pendaftaran Perniagaan | : | <input type="text"/> |
| 4. Address Alamat | : | <input type="text"/> |
| Postcode Poskod | : | <input type="text"/> |
| Town Bandar | : | <input type="text"/> |
| (NRIC/Business Regn. Doc. Verified By : | | Signature & Name of Agent / Staff) |
| 5. Telephone No. No. Telefon | : | <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| 6. Person to Contact Orang Perhubungan | : | <input type="text"/> |
| 7. Policy Period Tempoh Insurans | : | From : <input type="text"/> - <input type="text"/> To : <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| 8. Passport No. No. Pasport | : | <input type="text"/> |
| 9. Nationality Warganegara | : | <input type="text"/> |
| 10. Nature of Business Jenis Perniagaan | : | <input type="text"/> |

B. PARTICULARS / BUTIRAN

(Please attach a separate sheet if the space provided below is insufficient) / (Sila kepitkan kertas berasingan jika ruang yang disediakan tidak mencukupi)

| Employees to be Covered <i>Kakitangan yang hendak dilindungi</i> | New I.C. No. <i>No. K.P. Baru</i> | Country of Resident <i>Negara Bermastautin</i> | Designation <i>Jawatan</i> | Biz T1, 2 or 3 | Regional/International <i>Serantau/Antarabangsa</i> | Premium (RM) |
|---|--------------------------------------|---|-------------------------------|-------------------|--|--------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

C. DECLARATION / PERAKUAN

I/We declare that I/we understand the above statement and the information provided is true to the best of my/our knowledge.

Saya/kami mengakui bahawa saya/kami memahami kenyataan diatas dan butir-butir yang diberi adalah benar sepanjang pengetahuan saya/kami.

Date / Tarikh

Company Stamp & Signature of Authorized Representative
Cop Syarikat & Tandatangan Wakil yang diberikuasa