

A. ii) DETAILS OF INSURED PERSON / BUTIRAN PIHAK DIINSURANSKAN

1. If the proposer is the same person insured, please complete these information. / Sekiranya pencadang adalah orang yang sama diinsuranskan, sila lengkapkan maklumat ini:

Weight / Berat: kg Height / Tinggi: cm

2. Child (If any) / Anak (Jika ada)

Please fill in these information if the proposer is an adult but the proposed insured person is a child below the age of 18. / Sila isikan maklumat di bawah jika pencadang adalah orang dewasa tetapi pihak diinsuranskan adalah anak berusia 18 tahun ke bawah.

Name (as shown in NRIC/Passport) / Nama (seperti yang tertera di dalam NRIC/Pasport)

Date of Birth / Tarikh Lahir: - -
 d d/ m m/ y y y y/
 h h b b t t t t

Gender / Jantina: Male / Lelaki Female / Perempuan

Weight / Berat: kg Height / Tinggi: cm

NRIC no./Passport no. / No. NRIC/No. pasport:

B. i) INSURANCE DETAILS / BUTIR-BUTIR INSURANS

MY CHOICE OF PLAN (PLEASE TICK ✓) WHICHEVER APPLICABLE / PELAN PILIHAN SAYA (SILA TANDAKAN ✓) DI MANA BERKENAAN

Entry age (Age next birthday) / Umur pendaftaran (Umur semasa tarikh harjadi yang akan dating)	Annual Premium / Premium Tahunan							
	Plan 1 / Pelan 1 (RM)		Plan 2 / Pelan 2 (RM)		Plan 3 / Pelan 3 (RM)		Plan 4 / Pelan 4 (RM)	
	Male / Lelaki	Female / Perempuan	Male / Lelaki	Female / Perempuan	Male / Lelaki	Female / Perempuan	Male / Lelaki	Female / Perempuan
30 days / hari – 17 years / tahun	<input type="checkbox"/> 51	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 102	<input type="checkbox"/> 61	<input type="checkbox"/> 204	<input type="checkbox"/> 121	<input type="checkbox"/> 307	<input type="checkbox"/> 182
18-35 years / tahun	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 135	<input type="checkbox"/> 197	<input type="checkbox"/> 269	<input type="checkbox"/> 395	<input type="checkbox"/> 539	<input type="checkbox"/> 592	<input type="checkbox"/> 808
36-45 years / tahun	<input type="checkbox"/> 333	<input type="checkbox"/> 441	<input type="checkbox"/> 666	<input type="checkbox"/> 882	<input type="checkbox"/> 1,333	<input type="checkbox"/> 1,763	<input type="checkbox"/> 1,999	<input type="checkbox"/> 2,645
46-55 years / tahun	<input type="checkbox"/> 956	<input type="checkbox"/> 796	<input type="checkbox"/> 1,911	<input type="checkbox"/> 1,593	<input type="checkbox"/> 3,822	<input type="checkbox"/> 3,186	<input type="checkbox"/> 5,733	<input type="checkbox"/> 4,779
56-60 years / tahun	<input type="checkbox"/> 1,892	<input type="checkbox"/> 1,226	<input type="checkbox"/> 3,784	<input type="checkbox"/> 2,453	<input type="checkbox"/> 7,567	<input type="checkbox"/> 4,906	<input type="checkbox"/> 11,351	<input type="checkbox"/> 7,359
	Renewal only / Pembaharuan sahaja							
61-65 years / tahun	<input type="checkbox"/> 3,055	<input type="checkbox"/> 1,817	<input type="checkbox"/> 6,110	<input type="checkbox"/> 3,635	<input type="checkbox"/> 12,219	<input type="checkbox"/> 7,269	<input type="checkbox"/> 18,329	<input type="checkbox"/> 10,904
66-70 years / tahun	<input type="checkbox"/> 4,495	<input type="checkbox"/> 2,453	<input type="checkbox"/> 8,990	<input type="checkbox"/> 4,907	<input type="checkbox"/> 17,979	<input type="checkbox"/> 9,814	<input type="checkbox"/> 26,969	<input type="checkbox"/> 14,721

*Please take note that RM10 stamp duty shall be charged. / Sila ambil perhatian duti setem RM10 akan dikenakan.

Age limit: The plan will cover eligible persons aged thirty (30) days and sixty (60) years old (both ages inclusive) and is renewable up to age seventy (70) years old. / Had umur: Pelan ini melindungi orang yang layak, berumur antara tiga puluh (30) hari dan enam puluh (60) tahun (termasuk kedua-dua tahap umur) dan boleh diperbaharui hingga tujuh puluh (70) tahun.

INSURANCE HISTORY / SEJARAH INSURANS

PLEASE TICK (✓) WHICHEVER APPLICABLE / SILA TANDAKAN (✓) DI MANA BERKENAAN

1. Have your/the insured person's application for insurance on health, hospital & surgical or personal accident cover been declined, withdrawn, imposed higher rating or refused renewal by any insurance company? / Adakah permohonan insurans anda/pihak diinsuranskan untuk kesihatan, pembedahan dan hospital atau perlindungan kemalangan diri pernah ditolak, dibatalkan, tertakluk kepada kadar lebih tinggi atau enggan diperbaharui oleh syarikat insurans?
 Yes / Ya No / Tidak

2. Have you/the insured person ever suffered from or have physical defect/impairment? / Adakah anda/pihak diinsuranskan pernah mengalami sebarang penderitaan daripada atau mengalami kecacatan badan?
 Yes / Ya No / Tidak

3. Have you/the insured person ever been tested for, received or expected to receive medical advice, counselling or treatment in connection with AIDS or AIDS related condition? / Adakah anda/pihak diinsuranskan pernah diperiksa untuk, menerima atau jangka untuk menerima nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berkaitan dengan jangkitan AIDS atau keadaan berkaitan dengan AIDS?
 Yes / Ya No / Tidak

4. Have you/insured person at anytime in the past three (3) months, had continuous and unexplained symptoms of fatigue, weight loss, diarrhea, enlarged lymph nodes, unusual skin lesions, cough or night sweats? / Adakah anda/pihak diinsuranskan dalam bila-bila masa dalam tiga (3) bulan lalu, menghadapi Sindrom yang bersambungan dan tidak boleh diterangkan berkenaan dengan keletihan, keturutan berat badan, cirit-birit, pembesaran nod lymph, ketumbuhan ketul di kulit yang sukar dinampak, batuk dan peluh malam?
 Yes / Ya No / Tidak

5. Have you/insured person ever suffered from or received treatment or medical advice or shown manifestation/symptoms relating to any of the 36 critical illness as defined in the policy document? / Adakah anda/pihak diinsuranskan pernah menghadapi penderitaan daripada atau menerima rawatan atau menunjukkan gejala-gejala atau manifestasi berkaitan dengan penyakit-penyakit 36 jenis seperti dinyatakan dalam polisi dokumen?

Yes / Ya No / Tidak

6. Are you/insured person suffering from diabetes or hypertension or both? / Adakah anda/pihak diinsuranskan menghidap penyakit kencing manis atau darah tinggi atau kedua-duanya.

Yes / Ya No / Tidak

7. If any of the answer above is 'Yes', please give details below and number your answer to correspond with the number of the questions to which the answer applies. / Jika jawapan untuk soalan-soalan di atas adalah 'Ya', sila beri keterangan di bawah dengan mencatatkan nombor jawapan mengikut nombor soalan.

Yes / Ya No / Tidak

a) Question No. / No. Soalan	
Name of Person / Nama	
Type and date of disability / Jenis dan tarikh hilang upaya	
Current status of disability / Status semasa hilang upaya	
Name and address of Hospital and physician / Nama dan alamat Hospital dan pakar perubatan	
b) Question No. / No. Soalan	
Name of Person / Nama	
Type and date of disability / Jenis dan tarikh hilang upaya	
Current status of disability / Status semasa hilang upaya	
Name and address of Hospital and physician / Nama dan alamat Hospital dan pakar perubatan	

Please attach paper if you need to add more details. / Sila lampirkan kertas tambahan jika anda ingin menambah keterangan anda.

C. i) DECLARATION BY PROPOSER / AKUAN PENCADANG

- | | |
|---|--|
| <p>1. I, to the best of my knowledge hereby confirm that the statement contained in this proposal form are true and correct and I have not concealed, misrepresented or misstated any material facts.</p> <p>2. I agree that the statements and declaration made by me contained in this proposal form shall be the basis of the contract of insurance with the Company and are deemed to be incorporated in the basis of the contract.</p> <p>3. I hereby declare that I have received, read and understood the Product Disclosure Sheet before deciding to sign up for this Policy.</p> <p>4. I further declare that I am in good health and free from any physical impairment or deformity at the time when I enroll into the plan.</p> <p>5. I hereby authorised any hospitals, surgeons, medical practitioner or clinic or other person who attended to me for any reason to disclose to the Insurance Company any and all information with respect to any illness or injury and to provide copies of all or medical records/certificates, including any earlier medical history. A photo-copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.</p> | <p>1. Saya di atas pengetahuan terbaik saya mengesahkan bahawa pernyataan yang terkandung di dalam borang cadangan ini adalah benar dan tepat dan saya tidak merahsiakan, menyalahgambarkan atau menyalahnyatakan sebarang maklumat penting.</p> <p>2. Saya bersetuju bahawa kenyataan dan deklarasi yang dibuat oleh saya yang termaktub di dalam borang cadangan ini akan dijadikan asas kepada kontrak insurans dengan pihak Syarikat dan akan menjadi kandungan di dalam kontrak.</p> <p>3. Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa saya telah menerima, membaca dan memahami Helaian Pendedahan Produk sebelum memutuskan untuk menyertai Polisi ini.</p> <p>4. Saya mengisytiharkan bahawa saya bebas dari sebarang kekurangan fizikal/kecacatan sebelum penyertaan saya ke dalam pelan ini.</p> <p>5. Saya dengan ini mengizinkan mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan atau klinik atau orang lain yang merawat saya di atas sebarang punca untuk mendedahkan kepada Syarikat Insurans sebarang dan kesemua maklumat yang berkenaan dengan sebarang penyakit atau kecederaan serta mengemukakan salinan semua rekod/sijil hospital atau perubatan, termasuk sebarang sejarah perubatan terdahulu. Salinan keizinan ini adalah berkuasa dan sah sepertimana yang asal.</p> |
|---|--|

Yes / Ya No / Tidak

Date / Tarikh :

d	d/
h	h

 -

m	m/
b	b

 -

y	y	y	y/
t	t	t	t

Signature of Proposer / Tandatangan Pencadang

C. ii) DECLARATION BY AGENT / PENGISYTIHARAN OLEH EJEN

I declare and confirm that:

- | | |
|---|---|
| <p>A. All information contained in this proposal form is the only information given to me by the application and/or the life to be insured. And I have not withheld any other information which might influence the acceptance of this proposal.</p> <p>B. I have not given any statement to the applicant and/or the life to be insured contrary to the provisions as contained in the Company's standard policy.</p> <p>C. I have sighted the original NRIC and verified the identity of the applicant through the use of NRIC or other documents.</p> <p>D. I have taken reasonable steps to ensure the customer received and understood the Product Disclosure Sheet of the recommended product. I have also explained to the customer the essential information on the major features, terms and conditions of the product and have given sufficient information to enable the customer to make an informed decision prior to his/her execution to the application of the Proposal Form.</p> | <p>Saya mengisytiharkan dan mengesahkan bahawa:</p> <p>A. Semua keterangan yang terkandung di dalam permohonan ini merupakan maklumat yang diberikan kepada saya oleh pemohon dan/atau hayat yang diinsuranskan. Saya tidak menyembunyikan apa-apa maklumat lain yang mungkin boleh mempengaruhi penerimaan cadangan ini.</p> <p>B. Saya tidak memberi pemohon dan/atau hayat yang akan diinsuranskan sebarang kenyataan yang bertentangan dengan peruntukan polisi standard Syarikat.</p> <p>C. Saya telah melihat salinan asal NRIC dan mengesahkan identiti pemohon melalui penggunaan NRIC atau dokumen lain-lain.</p> <p>D. Saya telah mengambil langkah yang sewajarnya untuk memastikan pelanggan menerima Risalah Informasi Produk yang berkenaan. Saya juga telah menjelaskan kepada pelanggan tentang terma dan syarat produk yang disyorkan dan telah memberikan maklumat secukupnya untuk membolehkan pelanggan membuat keputusan maklum sebelum beliau menandatangani Borang Cadangan.</p> |
|---|---|

Agent's Signature / Tandatangan Ejen

Agent's Name / Nama Ejen

--	--

--	--	--	--	--	--

Agent's No. / Nombor Ejen

D) MODE OF PAYMENT / CARA PEMBAYARAN

Choice of Payment / Pilihan Pembayaran:

Cash / Tunai Cheque/Bank Draft No./Cek/Draf Bank No.:


For / Untuk: RM

Bank Name / Nama Bank :

Note: Please make cheque / bank draft payable to RHB Insurance Berhad / Nota: Sila keluarkan cek / Draf Bank kepada RHB Insurance Berhad

PLEASE FILL IN THIS SECTION FOR PAYMENT BY CREDIT/DEBIT CARD / SILA ISIKAN BAHAGIAN INI UNTUK BAYARAN DENGAN KAD KREDIT/DEBIT

Credit Card / Kad Kredit RHB Debit Card / Kad Debit RHB

Please Debit My / Sila Debitkan Kad :  

I hereby authorize RHB INSURANCE BERHAD to debit my credit card/RHB Debit Card for an amount indicated below in (RM) being the annual premium due as stated or such other amount in (RM) as advised by RHB INSURANCE BERHAD from time to time under my insurance policy above . / Saya dengan ini membenarkan RHB INSURANCE BERHAD untuk mendebit akaun kad kredit / Kad Debit RHB saya dengan jumlah (RM) seperti yang dinyatakan di bawah bagi premium tahunan perlu dibayar seperti yang dinyatakan atau jumlah (RM) lain yang dimaklumkan oleh RHB INSURANCE BERHAD dari masa ke semasa di bawah polisi insurans di atas.

Cardholder's Name on Credit Card / Nama Pemegang Kad di atas Kad Kredit :

Credit Card / RHB Debit Card No. / Nombor Kad Kredit/Kad Debit RHB :

* CVV No. / No. CVV :

*Card Verification Value (CVV) No. is the three (3) digits numbers printed on the reverse side of the credit card. / No. CVV adalah tiga (3) digit yang tertera di belakang kad kredit.

Expiry Date / Tarikh Luput :

m m/ y y/
b b t t

Declaration: I declare the above information provided in this standing instruction is correct and true. In the event of any changes or cancellation of the instruction above, I shall keep RHB INSURANCE BERHAD informed in writing or by giving a fresh standing instruction. / Deklarasi: Saya mengesahkan bahawa maklumat di atas yang telah diberikan di dalam arahan tetap ini adalah tepat dan benar. Jika terdapat sebarang perubahan atau pembatalan bagi arahan di atas, saya hendaklah memaklumkan kepada RHB INSURANCE BERHAD secara bertulis atau dengan memberi arahan tetap yang baru.

Date / Tarikh :

Signature of Cardholder / Tandatangan Pemegang Kad

E) THIRD PARTY VERIFICATION / PENGESAHAN PIHAK KETIGA

In Compliance with Section 16(2) of the Anti-Money Laundering and Anti-Terrorism Financing Act 2001. I/We hereby certify that the Proposer's & Nominee's original NRIC/ Business Registration Certification was verified and authenticated by me/us at the Point of Sales. I further confirm that the relevant documents were sighted and verified and the Insured is not suspected of money laundering or financing of terrorism.

Selaras dengan Pematuhan Seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram dan Pencegahan Pembiayaan Keganasan 2001. Saya dengan ini mengesahkan bahawa Nombor NRIC/Sijil Pendaftaran Perniagaan asal Pencadang dan Penama telah disahkan ketulenannya ketika urusi dijalankan. Saya juga mengesahkan dokumen-dokumen yang berkaitan telah disahkan ketulenannya dan pihak diinsuranskan tidak disyaki terlibat dalam aktiviti pengubahan wang haram atau pembiayaan keganasan.

Name / Nama :

Signature / Tandatangan

NRIC No. / No. NRIC :

"Third Party" means insurance agents, insurance brokers or staff of insurance companies. / "Pihak Ketiga" bermaksud ejen insurans, broker insurans atau kakitangan syarikat insurans.

Date / Tarikh :

F) IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING

Statement Pursuant to Schedule 9 of the Financial Services Act 2013:

Pursuant to Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, if you are applying for this Insurance wholly for purposes unrelated to your trade, business or profession, you have a duty to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions in this Proposal Form. You must answer the questions in this Proposal Form fully and accurately. Failure to take reasonable care in answering the questions may result in avoidance of your contract of insurance, refusal or reduction of your claim(s), change of terms or termination of your contract of insurance. The above duty of disclosure shall continue until the time your contract of insurance is entered into, varied or renewed with us. In addition to answering the questions in this Proposal Form, you are required to disclose any other matter that you know to be relevant to our decision in accepting the risks and determining the rates and terms to be applied. You also have a duty to tell us immediately if at any time after your contract of insurance has been entered into, varied or renewed with us any of the information given in this Proposal Form is inaccurate or has changed.

Menurut Kenyataan Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013:

Menurut Perenggan 5 daripada Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, jika anda memohon insurans ini sepenuhnya untuk tujuan yang tidak berkaitan perdagangan, perniagaan atau profesion anda, anda mempunyai kewajiban untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini. Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini dengan lengkap dan tepat. Kegagalan untuk mengambil langkah yang munasabah dalam menjawab soalan-soalan, mungkin mengakibatkan pembatalan kontrak insurans anda, keengganan atau pengurangan gantirugi, perubahan terma atau penamatan kontrak insurans anda. Kewajipan pendedahan di atas hendaklah diteruskan sehingga kontrak insurans anda dimeterai, diubah atau diperbaharui dengan kami. Sebagai tambahan kepada soalan-soalan dalam Borang Cadangan ini, anda dikehendaki untuk mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda tahu akan mempengaruhi keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang dikenakan. Anda juga mempunyai kewajiban untuk memberitahu kami dengan serta-merta jika pada bila-bila masa selepas kontrak insurans anda ditandatangani, diubah atau diperbaharui dengan kami, apa-apa maklumat yang dinyatakan dalam Borang Cadangan ini tidak tepat atau telah berubah.

RHB PRIVACY NOTICE

I understand that RHB Insurance Berhad (“**RHB**”) will use, collect, record, store, share and/or process my personal information, including, without limitation, my contact details, background information, financial data and other information relevant to my application for the product and / or service which

- (a) I have provided in this form or through any other contact with RHB Banking Group (which shall include RHB’s holding company(s), subsidiary(s), and any associated company(s), including any company as a result of any restructuring, merger, sale or acquisition), or
- (b) has been obtained from analysis of my payment and other transactions/services within the RHB Banking Group, or
- (c) has been obtained from third parties such as employers, joint applicants/acountholders, guarantors, legal representatives, industry/financial related associations, credit bureaus or credit reporting agencies, retailers, social networks and fraud prevention agencies or other organizations

for any and/or all of the following purposes (“**Purpose**”), if applicable:

- (i) providing this product and/or service and notifying me about important changes or developments to the features;
- (ii) updating and managing the accuracy of RHB Banking Group’s records;
- (iii) prevention, detection or prosecution of crime, and complying with legal and regulatory obligations;
- (iv) assessment and analysis including credit / lending / insurance risks / behaviour scoring / market and product analysis and market research;
- (v) communications and ensuring customer satisfaction, which may include conducting surveys to improve the quality of our products and services, responding to inquiries and complaints and to generally resolve disputes;
- (vi) determining the amount of my indebtedness and recovering debt that I owe to RHB;
- (vii) maintaining my credit history for present and future reference;
- (viii) enabling an actual or proposed assignee of RHB, or participant or sub-participant of RHB to evaluate my transactions which are intended to be the subject of the assignment, participation or sub-participation; and
- (ix) protecting RHB Banking Group’s interests and other ancillary or related purposes.

I understand and acknowledge that it is necessary for RHB to process my personal information for the Purpose, without which RHB will not be able to provide the product/service that I have requested from RHB and to notify me about important changes or developments to the products/services. Where I have provided RHB with sensitive personal information (in particular, information consisting my physical/mental health for applications of insurance products/services), I hereby provide RHB with my express consent to process the same in the manner described in this Privacy Notice.

I understand that RHB may disclose my personal information (or sensitive personal information, if applicable) to other companies within the RHB Banking Group, service providers, merchants and strategic partners, vendors including debt collection agencies, professional advisers, industry/financial related associations, credit bureaus or credit reporting agencies and fraud prevention agencies, governmental agencies, other financial institutions and any of their respective agents, servants and/or such persons, whether located within or outside Malaysia for the Purpose, if applicable, subject at all times to any laws (including regulations, standards, guidelines and/or obligations) applicable to RHB.

I further understand that I may request for correction (if my personal information is inaccurate, outdated, incomplete, etc), access to (a prescribed fee may be charged), or deletion (if I no longer have any existing products/services with RHB Banking Group) of my personal information or limit the processing thereof at any time hereafter by submitting such request via post, email or fax to the following address:

RHB Banking Group Customer Care Centre
Level 7 Menara AA, Jalan Tun Razak, 50400 Kuala Lumpur, Malaysia.
Facsimile number: 03 9206 8088 / Telephone number: 03 9206 8118 / Email: customer.service@rhbgroup.com

I acknowledge that RHB Banking Group may modify or update its Privacy Notice from time to time, a copy of which is available at www.rhbgroup.com and that I may channel any complaints or inquiries I may have in the manner indicated above.

ACKNOWLEDGEMENT AND CONSENT

By providing my personal information and signature, I consent to RHB processing my personal information for any necessary disclosures and overseas transfers of my personal information to relevant third parties, for the Purpose, if applicable.

I agree to the disclosure and/or transfer of my personal information to relevant third parties as a result of any restructuring, sale or acquisition of any company within the RHB Banking Group, provided that the recipient uses my personal information for the Purpose, if applicable.

I also represent and warrant that I have sufficiently obtained the consent of third party individual(s) (e.g. family, spouse, related parties, supplementary cardholder and/or emergency contact persons, etc) whose personal information I have disclosed to RHB to allow RHB to process the same in relation to the Purpose, if applicable.

[This paragraph is only applicable to the authorized signatory(s)/contact person(s) of RHB’s corporate customer(s), if any]

As the authorized signatory(s)/contact person(s) of RHB’s corporate customer, I/we understand that personal information of the directors, individual shareholders, employees, etc, may be collected and processed by RHB for the Purposes described above. I/We represent and warrant that I am/we are entitled to provide the said personal information of my/our legal entity (corporate customer) to RHB and/or the appropriate consent have been obtained to allow RHB to process his/her personal information for the Purpose.

CONSENT FOR CROSS SELLING, MARKETING, PROMOTIONS, ETC

I/We consent and authorize RHB Insurance Berhad (RHB) to process and disclose any information that I/we have provided for the purposes of cross selling, marketing, promotions (including administering offers and competitions), and conducting surveys (to improve the quality of products/services) to RHB Banking Group (which shall include the holding company(s), its subsidiary(s), any associated company(s) and/or any company/branch as a result of any restructuring, merger, sale or acquisition, whether in or outside [insert country]), strategic partners, service providers and its agent, servant and/or such persons or third parties, if applicable.

Yes No

*Note: This clause is only applicable to individuals and small and medium-sized enterprises (SMEs).

[This paragraph is only applicable to parent/legal guardian/next-of-kin/authorized representative of Junior Accountholder(s), if any]

If you are providing consent as parent / legal guardian / next-of-kin / authorized representative of a junior applicant whose personal information will be processed as described above, please complete the following information:

Name : _____
MyKad No. : _____
Relationship with the Junior Accountholder(s) : _____

Signature : _____
Name : _____
MyKad No. : _____

NOTIS PRIVASI RHB

Saya faham bahawa RHB Insurance Berhad ("RHB") akan menggunakan, mengumpul, merekod, menyimpan, berkongsi dan/atau memproses maklumat peribadi saya, termasuk, tanpa had, butir-butir pengenalan saya, maklumat latar belakang, data kewangan dan maklumat lain yang berkaitan dengan permohonan saya untuk produk dan / atau perkhidmatan yang

- (a) telah saya berikan di dalam borang ini atau melalui sebarang perhubungan lain dengan Kumpulan Perbankan RHB (termasuk syarikat-syarikat induk RHB, syarikat-syarikat subsidiari, dan mana-mana syarikat yang berkenaan), termasuk mana-mana syarikat yang terhasil daripada mana-mana penyusunan semula, penggabungan, jualan atau pengambilalihan atau
- (b) diperolehi daripada analisis pembayaran saya dan urusan/perkhidmatan yang lain dalam Kumpulan Perbankan RHB, atau
- (c) diperolehi daripada pihak ketiga seperti majikan, pemohon bersama/pemegang-pemegang akaun, penjamin-penjamin, wakil-wakil perundangan, persatuan-persatuan berkaitan industri/kewangan, biro-biro kredit atau agensi-agensi pelaporan kredit, penjual-penjual, rangkaian-rangkaian sosial dan agensi-agensi pencegahan penipuan atau organisasi-organisasi lain,

untuk mana-mana dan/atau semua tujuan-tujuan yang berikut ("Tujuan"), jika berkaitan:

- (i) menyediakan produk dan/atau perkhidmatan ini dan memaklumkan saya tentang sebarang perubahan penting atau perkembangan tentang ciri-ciri produk dan/atau perkhidmatan tersebut;
- (ii) mengemaskini dan menguruskan ketepatan rekod Kumpulan Perbankan RHB;
- (iii) pencegahan, pengesanan atau pendakwaan jenayah, dan pematuhan obligasi-obligasi perundangan dan peraturan;
- (iv) penilaian dan analisis termasuk pemarkahan kredit / pinjaman / risiko insurans / kelakuan, analisis pasaran dan produk dan penyelidikan pasaran;
- (v) perhubungan dan memastikan kepuasan pelanggan, yang mungkin termasuk menjalankan kajian-kajian meningkatkan kualiti produk-produk dan perkhidmatan-perkhidmatan kami, membalas kepada pertanyaan dan aduan serta untuk menyelesaikan percanggahan secara umumnya;
- (vi) menentukan jumlah hutang saya dan pemungutan hutang yang saya berhutang kepada RHB;
- (vii) mengekalkan sejarah kredit saya untuk rujukan semasa dan akan datang;
- (viii) membolehkan pemegang serah hak sebenar atau yang dicadangkan oleh RHB, atau peserta atau sub peserta RHB untuk menilai urusan niaga saya yang bertujuan untuk menjadi subjek penyerahhak, penyertaan atau sub penyertaan; dan
- (ix) melindungi kepentingan Kumpulan Perbankan RHB dan tujuan sampingan atau tujuan lain yang berkenaan.

Saya faham dan mengakui bahawa RHB perlu memproses maklumat peribadi saya untuk Tujuan tersebut, tanpanya RHB tidak akan dapat menyediakan produk/perkhidmatan yang saya minta daripada RHB dan untuk memaklumkan saya tentang sebarang perubahan penting atau perkembangan tentang produk/perkhidmatan tersebut. Di mana saya telah memberi RHB maklumat peribadi sensitif (khususnya, maklumat tentang kesihatan fizikal / mental saya untuk permohonan bagi produk insurans / perkhidmatan), saya dengan ini memberikan RHB persetujuan nyata saya untuk memproses mengikut cara yang dinyatakan dalam Notis Privasi ini.

Saya faham bahawa RHB mungkin akan mendedahkan maklumat peribadi saya (atau maklumat peribadi sensitif, jika berkenaan) kepada syarikat-syarikat lain di dalam Kumpulan Perbankan RHB, penyedia-penyedia perkhidmatan, peniaga-peniaga dan rakan-rakan kongsi strategik, pembekal-pembekal termasuk agensi-agensi pemungutan hutang, penasihat-penasihat profesional, persatuan-persatuan berkaitan industri/kewangan, biro-biro kredit atau agensi-agensi pelaporan kredit dan pencegahan penipuan, agensi-agensi kerajaan, institusi-institusi kewangan yang lain dan mana-mana ejen, pekerja, dan/atau mana-mana orang mereka, sama ada bertempat di dalam atau di luar Malaysia untuk Tujuan tersebut, jika berkenaan, tertakluk pada setiap masa kepada mana-mana undang-undang (termasuk peraturan-peraturan, piawaian, garis panduan dan / atau obligasi) yang terpakai kepada RHB.

Saya juga faham bahawa saya boleh meminta untuk membuat pembetulan (jika maklumat peribadi saya adalah tidak tepat, ketinggalan zaman, tidak lengkap, dan lain-lain), akses kepada (fi yang ditetapkan mungkin dikenakan), atau untuk menghapuskan (jika saya tidak lagi mempunyai apa-apa produk/perkhidmatan yang sedia ada dengan Kumpulan Perbankan RHB) ke atas maklumat peribadi saya atau mengehadkan pemrosesan itu pada bila-bila masa selepas ini dengan mengemukakan permintaan tersebut melalui pos, e-mel atau faks kepada alamat berikut:

**RHB Banking Group Customer Care Centre,
Level 7 Menara AA, Jalan Tun Razak, 50400 Kuala Lumpur, Malaysia.
Nombor Faks: 03 9206 8088 / Nombor Telefon: 03 9206 8118 / Emel: customer.service@rhbgroup.com**

Saya mengakui bahawa Kumpulan Perbankan RHB boleh mengubahsuai atau mengemas kini Notis Privasi ini dari masa ke semasa, di mana salinannya boleh didapati di www.rhbgroup.com dan saya boleh menyalurkan sebarang aduan atau pertanyaan yang saya mungkin ada dengan cara yang ditunjukkan di atas.

PENGIKTIRAFAN DAN KEBENARAN

Dengan memberikan maklumat peribadi saya berserta tandatangan, saya mengizinkan RHB memproses maklumat peribadi saya untuk mana-mana pendedahan yang diperlukan dan pemindahan maklumat peribadi saya ke luar negara kepada pihak ketiga yang berkaitan, jika berkenaan.

Saya bersetuju dengan pendedahan dan/atau pemindahan maklumat peribadi saya kepada pihak ketiga yang berkaitan akibat daripada apa-apa penyusunan semula, penjualan atau pengambilalihan mana-mana syarikat dalam Kumpulan Perbankan RHB, dengan syarat bahawa penerima menggunakan maklumat peribadi saya untuk Tujuan tersebut sahaja.

Saya juga menyatakan dan menjamin bahawa saya telah cukup memperoleh persetujuan individu-individu pihak ketiga (contohnya keluarga, pasangan, pihak-pihak berkaitan, pemegang kad tambahan dan/atau orang hubungan kecemasan, lain-lain) di mana maklumat peribadi mereka telah saya dedahkan kepada RHB untuk membenarkan RHB membuat pemrosesan yang sama berhubung dengan Tujuan, jika berkenaan.

[Perenggan ini hanya terpakai kepada penandatanganan yang diberi kuasa/orang yang boleh dihubungi daripada pelanggan-pelanggan korporat RHB, jika ada]

Sebagai penandatanganan yang diberi kuasa/orang yang boleh dihubungi daripada pelanggan korporat RHB, saya/kami memahami bahawa maklumat peribadi pengarah-pengarah, pemegang-pemegang saham individu, pekerja-pekerja, dan lain-lain, boleh dikumpul dan diproses oleh RHB untuk Tujuan yang dinyatakan di atas. Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahawa saya/kami berhak untuk memberikan maklumat peribadi tersebut daripada entiti undang-undang saya/kami (pelanggan korporat) kepada RHB dan / atau persetujuan yang sesuai telah diperolehi untuk membolehkan RHB memproses maklumat peribadi untuk Tujuan tersebut.

KEBENARAN UNTUK PENJUALAN SILANG, PEMASARAN, PROMOSI, DAN LAIN-LAIN

Saya/Kami mengizinkan dan membenarkan RHB memproses dan mendedahkan apa-apa maklumat yang saya/kami telah berikan kepada RHB untuk tujuan penjualan silang, pemasaran dan promosi (termasuk untuk menjalankan tawaran dan pertandingan), dan menjalankan kajian (bagi memperbaiki kualiti produk/perkhidmatan) kepada Kumpulan Perbankan RHB (di mana termasuk syarikat induk, anak-anak syarikat, mana-mana syarikat yang berkaitan dan/atau mana-mana syarikat/cawangan yang terhasil daripada apa-apa penyusunan semula, penggabungan, jualan atau perolehan, sama ada di dalam atau di luar [isikan negara]), rakan-rakan kongsi strategik, penyedia-penyedia perkhidmatan dan agen-agen, pekerja-pekerja dan/atau mana-mana orang mereka atau pihak ketiga, jika berkenaan.

Ya Tidak

*Nota: Klausula ini hanya terpakai kepada individu-individu dan perusahaan kecil dan sederhana (SMEs).

[Perenggan ini hanya terpakai kepada ibu bapa/penjaga undang-undang/waris/wakil bagi pemegang-pemegang Akaun Junior, jika ada]

Jika anda memberikan persetujuan sebagai ibu bapa/penjaga undang-undang/waris/wakil bagi pemohon kanak-kanak yang di mana maklumat peribadinya akan diproses seperti yang dinyatakan di atas, sila lengkapkan maklumat berikut:

Nama : _____

No KP. : _____

Hubungan dengan pemegang Akaun Junior : _____

Tandatangan : _____

Nama : _____

No KP. : _____