

**IMPORTANT NOTICE:**

**In relation to insurance contracts wholly unrelated to your trade, business or profession**

TAKE NOTE that you are under a duty to take reasonable care not to make any misrepresentation when:

- (a) answering specific questions that are relevant to the decision of the insurer whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied; and
- (b) confirming or amending any matter previously disclosed by you in relation to your insurance contract.

In addition to answering the specific questions in the application form, you are also required to take reasonable care to disclose to us fully and accurately any matters which you know to be relevant to the decision of the insurer on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.

Your duty of disclosure under Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013 shall continue until the time the contract is entered into, varied or renewed.

**In relation to insurance contracts related to your trade, business or profession**

TAKE NOTE that you are under a duty to disclose to the insurer any matter that:

- (a) you know to be relevant to the decision of the insurer on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied; or
- (b) a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant.

You should fully and accurately answer all the questions in the application form and any other questions asked by the insurer. If you do not understand your obligations as stated above or if you need any further explanation, you can contact the Company or the Company's agent. If you are in any doubt about whether certain facts are material, these facts should be disclosed. The entire pre-printed text of this application form is the standard type in use for purpose of applying for insurance with the Company. Any alteration to or deletion of any part of the text will require the applicant's specific instruction in writing separately addressed to the Company for individual consideration and concurrence.

Your duty of disclosure under Paragraph 4(1) of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013 shall continue until the time the contract is entered into, varied or renewed.

**NOTIS PENTING:**

**Berkeana kontrak insurans yang tidak berkaitan sepenuhnya dengan perdagangan, perniagaan atau kerjaya anda**

**SILA AMBIL PERHATIAN** bahawa anda bertanggungjawab untuk mengambil langkah yang munasabah agar tidak melakukan gambaran salah semasa:

- (a) menjawab soalan-soalan khusus yang berkaitan dengan keputusan syarikat insurans sama ada untuk menerima risiko serta terma dan syarat yang dikenakan; dan
- (b) mengesahkan atau mengubah sebarang perkara yang anda telah dedahkan sebelumnya berkaitan dengan kontrak insurans anda.

Sebagai tambahan kepada jawapan bagi soalan khusus dalam borang permohonan, anda juga perlu mengambil langkah munasabah untuk mendedahkan sebarang perkara dengan lengkap dan tepat termasuk perkara-perkara lain yang anda ketahui sebagai relevan terhadap keputusan syarikat insurans sama ada mahu menerima risiko ataupun tidak dan kadar serta syarat yang akan dikenakan.

Anda mempunyai kewajipan untuk membuat pendedahan mengikut Perenggan 5 dalam Jadual 9 bagi Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan hendaklah diteruskan sehingga kontrak dibuat, diubah atau diperbaharui.

**Berkeana kontrak insurans yang berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau kerjaya anda**

**SILA AMBIL PERHATIAN** bahawa anda bertanggungjawab membuat pendedahan kepada syarikat insurans bagi sebarang perkara yang:

- (a) anda ketahui ia berkaitan dengan keputusan syarikat insurans sama ada untuk menerima risiko serta terma dan syarat yang akan dikenakan; atau
- (b) seseorang yang secara munasabah dapat menjangkakan untuk menjadi relevan.

Anda hendaklah menjawab semua soalan dalam borang permohonan dan sebarang soalan lain yang diajukan syarikat insurans dengan lengkap dan tepat. Jika anda tidak memahami kewajipan yang dinyatakan di atas atau jika anda memerlukan sebarang penjelasan lanjut, sila hubungi Syarikat atau ejen Syarikat. Jika anda ragu-ragu sama ada sesetengah fakta adalah material, anda hendaklah mendedahkannya. Keseluruhan teks pra-cetak dalam borang permohonan ini mengikut piawaian tetap yang digunakan bagi tujuan permohonan insurans dengan Syarikat. Sebarang pindaan atau penghapusan mana-mana bahagian teks akan memerlukan arahan khusus secara bertulis daripada pemohon yang dialamatkan secara berasingan kepada Syarikat untuk pertimbangan dan persetujuan individu.

Anda mempunyai kewajipan untuk membuat pendedahan mengikut Perenggan 4(1) dalam Jadual 9 bagi Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan hendaklah diteruskan sehingga kontrak dibuat, diubah atau diperbaharui.

**PERSONAL DATA PROTECTION NOTICE NOTIS PERLINDUNGAN DATA PERIBADI**

For information on how we process your personal data and your rights over your personal data, kindly refer to our Personal Data Protection Notice posted at [greateasternlife.com](http://greateasternlife.com), or obtain a copy from our Customer Service Officer.

Untuk maklumat berkenaan pemrosesan data peribadi dan hak anda ke atas data peribadi anda, sila rujuk Notis Perlindungan Data Peribadi yang dipaparkan dalam laman web [greateasternlife.com](http://greateasternlife.com), atau dapatkan salinan daripada Pegawai Perkhidmatan kami.

If you have any inquiry (such as limiting the processing of certain information, including the withdrawal of consent to receive marketing information), you may contact our **Customer Service Careline** at 1300-1300 88.

Sekiranya anda mempunyai sebarang pertanyaan (seperti mengehadkan pemrosesan maklumat tertentu, termasuk penarikan balik keizinan untuk menerima maklumat pemasaran), anda boleh menghubungi **Customer Service Careline** di 1300-1300 88.

For any complaints related to your personal data, you may write to [GELMDPO@greateasternlife.com](mailto:GELMDPO@greateasternlife.com).

Untuk sebarang aduan berkaitan data peribadi anda, sila kemukakan secara bertulis kepada [GELMDPO@greateasternlife.com](mailto:GELMDPO@greateasternlife.com).

Policy No.  
No. Polisi

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

Policy Lapsed on  
Polisi Luput pada

\_\_\_\_\_

All questions must be fully completed and select the appropriate boxes.  
Kesemua soalan hendaklah dilengkapkan sepenuhnya dan pilih petak yang bersesuaian.

<b>I. PERSONAL DETAILS</b> <b>I. BUTIR-BUTIR PERIBADI</b>	<b>SECTION A: PARTICULARS OF LIFE ASSURED</b> <b>SEKSYEN A: BUTIR-BUTIR HAYAT YANG DIASURANSKAN</b>	<b>SECTION B: PARTICULARS OF ASSURED (IF DIFFERENT FROM LIFE ASSURED)</b> <b>SEKSYEN B: BUTIR-BUTIR ASURED (JIKA LAIN DARI HAYAT YANG DIASURANSKAN)</b> Note: Please skip Section B, Question 4 & 5 if Assured is an Entity. Nota: Sila langkau Seksyen B, Soalan 4 dan 5 sekiranya Diasurankan adalah Entiti.																																																																																																																														
1. Title Gelaran	<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Madam <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Others _____ <i>Encik Puan Cik Lain-lain</i>	<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Madam <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Others _____ <i>Encik Puan Cik Lain-lain</i>																																																																																																																														
2. Full Name (as shown on NRIC) Nama Penuh (seperti di dalam Kad Pengenalan)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																													<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																		
3. New NRIC No. No. Kad Pengenalan Baru BirthCertificate/Passport /ROC No No. Sijil Kelahiran/Pasport/ROC	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>-</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>-</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											-					-																												<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>-</td> <td></td><td></td><td></td><td></td> <td>-</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											-					-																																																																			
										-					-																																																																																																																	
										-					-																																																																																																																	
4. Occupation / Self-employed Details Butiran Pekerjaan / Bekerja Sendiri (a) Occupation Pekerjaan	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																															
(b) Exact Nature of Work Jenis Kerja Sebenar																																																																																																																																
(c) Nature of Business Jenis Perniagaan																																																																																																																																
(d) Name & Address of Employer/Business Nama & Alamat Majikan/Perniagaan																																																																																																																																
(e) Annual Earned Income (RM) up to Pendapatan Tahunan (RM) sehingga	<input type="checkbox"/> No income Tiada pendapatan <input type="checkbox"/> Others Lain-lain RM <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<input type="checkbox"/> No income Tiada pendapatan <input type="checkbox"/> Others Lain-lain RM <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																																																																																				
5. (a) Height (cm) Tinggi (sm)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> cm sm						<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> cm sm																																																																																																																									
(b) Weight (kg) Berat (kg)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> kg kg											<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> kg kg																																																																																																																				



Policy No.

No. Polisi

**II. SOURCE OF FUND AND WEALTH SUMBER DANA DAN HARTA**

To be completed by policyowner. Untuk dilengkapkan oleh pemilik polisi.

1. What is the source of funds used to pay the premium?

Apakah sumber dana yang digunakan untuk membayar premium?

(You may choose more than one option.)  
(Anda boleh memilih lebih daripada satu pilihan.)

- Employment related income e.g. salary, commission, bonus, EPF, pension  
*Pendapatan berkaitan dengan penggajian seperti gaji, komisen, bonus, KWSP, pencen*
- Business income e.g. profits  
*Pendapatan perniagaan seperti keuntungan*
- Investment income e.g. shares, bonds, unit trust, rental income  
*Pendapatan pelaburan seperti saham, bon, amanah saham, pendapatan sewa*
- Savings or deposit  
*Simpanan atau deposit*
- Policy claims, maturity or surrender  
*Tuntutan polisi, kematangan atau serahan*
- Others e.g. inheritance, gift, allowance, loan etc.  
*Lain-lain seperti harta warisan, hadiah, elaun, pinjaman dsb.*

2. How did you accumulate your wealth (i.e. your total assets)?

Bagaimana anda mengumpulkan kekayaan anda (iaitu jumlah aset anda)?

(You may choose more than one option.)  
(Anda boleh memilih lebih daripada satu pilihan.)

- Employment related income e.g. salary, commission, bonus, EPF, pension  
*Pendapatan berkaitan dengan penggajian seperti gaji, komisen, bonus, KWSP, pencen*
- Business income e.g. profits  
*Pendapatan perniagaan seperti keuntungan*
- Investment income e.g. shares, bonds, unit trust, rental income  
*Pendapatan pelaburan seperti saham, bon, amanah saham, pendapatan sewa*
- Savings or deposit  
*Simpanan atau deposit*
- Policy claims, maturity or surrender  
*Tuntutan polisi, kematangan atau serahan*
- Others e.g. inheritance, gift, allowance, loan etc.  
*Lain-lain seperti harta warisan, hadiah, elaun, pinjaman dsb.*

**III. PARTICULARS OF EXISTING AND / OR CONCURRENT INSURANCE COVERAGE (e.g: Life / Accident / Dread Disease / Disability / Medical / Health Insurance) BUTIR-BUTIR TERPERINCI PERLINDUNGAN INSURANS TERDAHULU DAN /ATAU MASA KINI (contoh: Insurans Hayat / Kemalangan / Penyakit Kritikal / Hilang Upaya / Perubatan / Kesihatan)**

Life Assured Hayat Yang Diasuranskan		Assured Asured		Spouse of Assured Pasangan Asured	
YES	NO	YES	NO	YES	NO
YA	TIDAK	YA	TIDAK	YA	TIDAK

1. Do you have any existing insurance including those now being proposed to other companies? If "YES", please give details.  
Adakah anda memiliki insurans semasa termasuk yang sedang dicadangkan kepada syarikat-syarikat lain?  
Jika ada, sila berikan butiran penuh.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. Has any proposal, reinstatement or application for renewal of insurance on your life (including those now being proposed to other companies) ever been declined, postponed, rated, restricted or in any way modified or subjected to additional terms? If "YES", please give details.  
Pernahkah sebarang permohonan atau penguatkuasaan semula atau permohonan untuk memperbaharui insurans hayat anda (termasuk yang sedang dicadangkan kepada mana-mana syarikat) pernah ditolak, ditangguhkan, dikenakan kadar, dihadkan atau diubah, atau dikenakan terma tambahan? Jika "YA", sila nyatakan butiran penuh.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



Policy No.

No. Polisi

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

V. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE <i>BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP</i>	Life Assured <i>Hayat Yang Diasuranskan</i> YES NO YA TIDAK	Assured <i>Asured</i> YES NO YA TIDAK	Spouse of Assured <i>Pasangan Asured</i> YES NO YA TIDAK
(b) Depression, anxiety, schizophrenia, suicide attempt, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), autism, Down's syndrome, dementia, or any other mental health or psychiatric illness? <i>Depresi, keresahan, skizofrenia, cubaan membunuh diri, perhatian defisit gangguan hiperaktif (ADHD), autism, Sindrom Down, demensia atau lain-lain penyakit atau gangguan pada kesihatan mental atau psikiatrik?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(c) Asthma, bronchitis, tuberculosis (TB), pneumonia, coughing of blood or any other disease or disorder of the lungs or respiratory system? <i>Lelah, bronkitis, batuk kering (TB), radang paru-paru, batuk berdarah atau lain-lain penyakit atau gangguan pada paru-paru atau saluran pernafasan lain?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(d) Chest pain, angina, palpitation, irregular heartbeat, coronary artery disease (heart disease), heart attack, raised cholesterol, hypertension (high blood pressure), hypotension (low blood pressure), heart valve disorder, cardiomyopathy (enlarged heart), heart defects from birth or heart surgery, deep vein thrombosis, varicose veins or any other disease or disorder of the heart or vascular system? <i>Sakit dada, angina, ketaran jantung, degupan jantung yang tidak teratur, penyakit arteri koronari (penyakit jantung), serangan jantung, kolestrol tinggi, tekanan darah tinggi, tekanan darah rendah, gangguan injap jantung, cardiomyopathy (jantung membesar), kecacatan jantung dari lahir atau pembedahan, trombosis vena dalam, vena varikos atau lain-lain penyakit atau gangguan pada jantung atau sistem vaskular?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(e) Diabetes, abnormal blood sugar, thyroid disease, goiter, thalassemia, anaemia, haemophilia or other disease or disorder of the endocrine glands, blood, chromosomal abnormality or hereditary disease? <i>Kencing manis, gula darah yang tidak normal, penyakit tiriod, goiter, talasemia, anemia, hemophilia atau lain-lain penyakit atau gangguan pada sistem endokrin, darah, kromosom yang tidak normal atau penyakit keturunan?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(f) Gastritis, gastric or duodenal ulcer, gastro-oesophageal reflux disease (GERD), colitis, Crohn's disease, hernia, fistula, piles, blood in stool, vomiting blood or other disease or disorder of the digestive system or gastrointestinal tract? <i>Gastrik, ulser gastrik atau duodenum, penyakit refluks gastroesophageal, colitis, penyakit Crohn's, hernia, fistula, buasir, darah dalam najis, muntah berdarah atau lain-lain penyakit atau gangguan pada saluran penghadaman atau saluran gastrousus?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(g) Jaundice, Hepatitis B or C, gall bladder or biliary system stone or obstruction, pancreatitis or other disease or disorder of the liver, gall bladder, biliary system or pancreas? <i>Jaundis, Hepatitis B atau C, batu atau tersumbat pada pundi hempedu atau sistem biliari, jangkitan pada pankreas atau lain-lain penyakit atau gangguan pada hati, pundi hempedu, biliari sistem atau pankreas?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(h) Kidney or urinary system stones, kidney infection, polycystic kidneys, protein or blood in urine or any disease or disorder of the kidney, ureter, bladder, urethra, prostate or genital organs? <i>Batu karang pada buah pinggang atau sistem kencing, jangkitan buah pinggang, buah pinggang polisistik, protein atau darah dalam air kencing atau lain-lain penyakit atau gangguan pada buah pinggang, ureter, pundi kencing, uretra, prostat atau organ kemaluan?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(i) Cancer, tumour, cyst, lump, growth, lymphoma, leukaemia, melanoma, Hodgkin's disease, bone marrow disorders, any malignant or pre-malignant condition? <i>Kanser, tumor, sista, benjolan, ketumbuhan, limfoma, leukemia, melanoma, penyakit Hodgkin, gangguan sumsum tulang, pra-kanser atau kanser?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(j) Blindness, cataract, glaucoma, impaired sight (excluding long sighted and short sighted), impaired hearing or speech, deafness, tonsillitis, deviated nasal septum, chronic rhinitis, sinusitis, nose bleed, sleep apnoea or other disease or disorder of the eyes, ears, throat, mouth or nose? <i>Buta, katarak, glaukoma, penglihatan terjejas (tidak termasuk rabun jauh dan dekat), pendengaran atau percakapan terjejas, pekak, jangkitan tonsil, septum hidung menyimpang, kronik rinitis, resdung, hidung berdarah, tidur apnea atau lain-lain penyakit atau gangguan pada mata, telinga, tekak, mulut atau hidung?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Policy No.

No. Polisi

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

<b>V. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP</b>		<b>Life Assured Hayat Yang Diasuranskan YES NO YA TIDAK</b>	<b>Assured Asured YES NO YA TIDAK</b>	<b>Spouse of Assured Pasangan Asured YES NO YA TIDAK</b>
(k)	Backache, slipped disc, spondylosis, arthritis, rheumatoid arthritis, systemic lupus erythomatosus (SLE), osteoporosis, gout, psoriasis, chronic skin disease or other disease or disorder of the immune system, connective tissue, spine, muscle, bone or joint? <i>Sakit belakang, cakera tergelincir, spondylosis, artiritis, artiritis rheumatoid, lupus eritematosus sistemik (SLE), osteoporosis, gout, kulit bersisik, penyakit kulit kronik atau lain-lain penyakit atau gangguan pada system imun, tisu penghubung, spina, otot, tulang atau sendi?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(l)	Syphilis, gonorrhoea, venereal disease, Human Papilloma Virus (HPV) infection or any other sexually transmitted disease? <i>Sifilis, gonorea, penyakit kelamin, jangkitan Virus Papilloma Manusia (HPV) atau mana-mana penyakit kelamin berjangkit?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(m)	Any other illness, disease, disorder, disability, accident or hospitalization or any surgical operation or observation or treatment not of a routine nature that has not been mentioned above? <i>Sebarang penyakit lain, gangguan, hilang upaya, kemalangan atau dimasukkan ke hospital atau sebarang pembedahan atau pemerhatian atau rawatan yang bukan menjadi rutin kebiasaan yang tidak disebutkan di atas?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. (a)	Have you or your spouse or partner ever been tested for or received medical advice, counseling or treatment in connection with AIDS or infection with any Human Immunodeficiency Virus (HIV)? <i>Pernahkah anda atau suami/isteri anda atau pasangan anda diuji atau menerima nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan AIDS atau dijangkiti mana-mana Virus Kurang Daya Tahan Penyakit (HIV)?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b)	Is there anything in your lifestyle that puts you at an increased risk of AIDS or any AIDS related condition? <i>Adakah apa-apa dalam gaya hidup anda yang menambahkan risiko anda dijangkiti AIDS atau keadaan yang berkaitan dengan AIDS?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(c)	Have you or your spouse or partner in the past three months, suffered from any of the following for a continuous period of more than one week:- fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? <i>Pernahkah anda atau suami/isteri anda atau pasangan anda mengalami keletihan, kehilangan berat badan, cirit-birit, nodus limpa membesar atau lesi kulit luar biasa secara berterusan selama lebih dari satu minggu dalam tempoh tiga bulan yang lepas?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(d)	Have you ever resided for more than one continuous month in any country other than Malaysia for the past 1 year or do you intend to reside outside Malaysia for purposes other than brief holiday trips in the next 3 months? If "YES", please state name of country and purpose of residence below. <i>Pernahkah anda tinggal secara berterusan untuk lebih dari satu bulan di mana-mana negara lain selain dari Malaysia untuk setahun yang lepas atau adakah anda bercadang untuk tinggal di luar Malaysia bagi tujuan selain daripada melancong dalam tempoh 3 bulan terdekat? Jika "YA", sila nyatakan negara dan tujuan anda tinggal di negara tersebut.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.	Have you ever engaged or do you contemplate to engage in any of the following pursuits: Aviation, parachuting, motor sports, diving, mountaineering, or any other dangerous sports? If "YES", please give full details. <i>Adakah anda pernah terlibat atau adakah anda berhasrat mengambil bahagian dalam mana-mana kegiatan yang berikut: Penerbangan, payung terjun, sukan motor, menyelam, mendaki gunung, atau mana-mana sukan berbahaya lain? Jika "YA", sila beri butiran penuh.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.	In the past 5 years, have you ever had or been advised or intend to undergo any investigation or screening test including but not limited to blood or urine test, pap smear, mammogram, ultrasound, biopsy, X-ray, CT scan, MRI, ECG, treadmill ECG, echocardiogram, lung function test, bone density test, angiogram, scope, EEG, Sleep study? <i>Sepanjang 5 tahun lepas, pernahkah anda menjalani pemeriksaan atau pemeriksaan diagnostik termasuk tapi tidak terhad kepada ujian darah dan air kencing, pap smear, mamogram, ujian bunyi, biopsi, x-ray, CT scan, MRI, ECG, treadmill ECG, ekokardiogram, ujian fungsi paru-paru, ujian kepadatan tulang, angiogram, skop, EEG, kajian tidur?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.	Are you presently a bankrupt? <i>Adakah anda kini seorang bankrap?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Policy No.

No. Polisi

V. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE <i>BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP</i>	Life Assured <i>Hayat Yang Diasuranskan</i>		Assured <i>Asured</i>		Spouse of Assured <i>Pasangan Asured</i>	
	YES <i>YA</i>	NO <i>TIDAK</i>	YES <i>YA</i>	NO <i>TIDAK</i>	YES <i>YA</i>	NO <i>TIDAK</i>
<b>10. FOR FEMALE ONLY <i>UNTUK WANITA SAHAJA</i></b>  (a) Are you currently pregnant? If "Yes", please state the gestational age. <i>Adakah anda sedang hamil? Jika "Ya", sila nyatakan usia kandungan.</i> Gestational Age: _____ weeks <i>Usia Kandungan: _____ minggu</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Have you ever had any complications in current or previous pregnancy or childbirth (e.g. gestational diabetes, gestational hypertension, preeclampsia/eclampsia, ectopic pregnancy, stillbirth, miscarriage, disseminated intravascular coagulation, placental abruption, amniotic fluid embolism, therapeutic abortion, caesarean section due to underlying medical condition, cervical insufficiency, fetus abnormalities, Rh Disease or acute infections)? <i>Adakah anda pernah mengalami sebarang komplikasi semasa hamil sekarang atau kehamilan sebelumnya atau semasa melahirkan anak (seperti kencing manis ketika kehamilan, tekanan darah tinggi ketika kehamilan, pra-eklampsia/eklampsia, kehamilan di luar rahim, kematian janin bayi, keguguran, kegumpalan disseminated intravaskular, solusio plasenta, emboli air ketuban, pengguguran terapeutik, bersalin secara pembedahan disebabkan keadaan perubatan, masalah pangkal rahim, keabnormalan janin, penyakit Rh atau jangkitan akut)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Have you ever been or currently being informed, investigated, treated or advised to seek any medical or surgical treatment for breast lumps, fibroids, ovarian cysts, polycystic ovarian syndrome, endometriosis, cervicitis, abnormal papsmear(s), or any other disease or disorder of the breast or female organs? <i>Adakah anda pernah diberitahu atau sedang diberitahu, diperiksa, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang rawatan perubatan atau pembedahan untuk ketulan payudara, fibroid, sista ovari, sindrom polisistik ovari, endometriosis, servisitit, papsmear tidak normal atau sebarang penyakit atau gangguan lain pada payudara atau organ wanita?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. FOR CHILD (Up to 2 years old) ONLY <i>UNTUK ANAK (Sehingga umur 2 tahun) SAHAJA</i></b>  (a) Was the child born premature / less than 37 weeks of gestation? <i>Adakah anak dilahirkan pramatang / kurang daripada 37 minggu?</i>  If "YES", please state gestational period: <input type="text"/> <input type="text"/> weeks and birth weight <input type="text"/> <input type="text"/> kg <i>Jika "YA", sila nyatakan tempoh kehamilan: <input type="text"/> <input type="text"/> minggu dan berat semasa lahir <input type="text"/> <input type="text"/> kg</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Has the child ever been or is the child currently being investigated or treated for, or have you been informed or advised to seek medical or surgical treatment for any complications at birth or in the first 30 days of life, prolonged neonatal jaundice requiring hospitalization, infection, breathing difficulty or lung disorder, G6PD deficiency, abnormal thyroid blood test, blood abnormalities, fits, congenital disorder or birth defects or developmental abnormalities, physical or mental impairment, hearing, eye-sight or speech impairment? <i>Adakah anak anda pernah atau sedang diperiksa atau dirawat atau anda dimaklumkan atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang rawatan perubatan atau pembedahan bagi sebarang komplikasi ketika lahir atau dalam masa 30 hari pertama selepas lahir, jaundis neonatal berterusan yang memerlukan kemasukan hospital, jangkitan, kesukaran bernafas atau gangguan paru-paru, kekurangan G6PD, ujian darah tiroid abnormal, darah abnormal, sawan, masalah kongenital atau kecacatan sejak lahir atau perkembangan abnormal, kerosakan fizikal atau mental, kerosakan pendengaran, penglihatan atau percakapan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If any of the above answer(s) is / are "YES", please indicate the Question No. and provide full relevant details of the same: <i>Sekiranya sebarang jawapan di atas adalah "YA", sila nyatakan No. Soalan dan beri butiran:</i>  <hr/>   <hr/>						

Policy No.

No. Polisi

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

## VI. COMMON REPORTING STANDARD (CRS): PIAWAIAAN LAPORAN BERSAMA (CRS):

The Company is required to collect information regarding the tax residency status of each Account Holder in order to comply with the Income Tax Act 1967 and the Income Tax (Automatic Exchange of Financial Account Information) Rules 2016 ("collectively referred to as Malaysian Laws on International Tax Compliance"). The Malaysian Laws on International Tax Compliance implement the standard for automatic exchange of financial account information in tax matters, commonly known as Common Reporting Standard ("CRS"), developed by the Organisation for Economic Co-operation and Development ("OECD").

*Syarikat hendaklah mengumpul maklumat berkaitan status pemastautin bercukai bagi setiap Pemegang Akaun bagi mematuhi Akta Cukai Pendapatan 1967 dan Kaedah-Kaedah Cukai Pendapatan (Pertukaran Automatik Maklumat Akaun Kewangan) 2016 ("secara kolektif dirujuk sebagai Undang-undang Malaysia ke atas Pematuhan Cukai Antarabangsa"). Undang-undang Malaysia ke atas Pematuhan Cukai Antarabangsa melaksanakan piawaian bagi pertukaran automatik maklumat akaun kewangan berkaitan cukai, yang dikenali sebagai Piawaian Laporan Bersama ("CRS"), yang dibangunkan Pertubuhan Kerjasama Ekonomi dan Pembangunan ("OECD").*

Pursuant to the Malaysian Laws on International Tax Compliance, the Company may be legally obliged to share the information provided by an Account Holder and other financial information with respect to the financial accounts of an Account Holder with the Inland Revenue Board of Malaysia ("IRBM"). IRBM may exchange such information with the tax authorities of another jurisdiction or jurisdictions in which the Account Holder may be tax resident pursuant to an intergovernmental agreement to exchange financial account information.

*Berdasarkan Undang-undang Malaysia ke atas Pematuhan Cukai Antarabangsa, Syarikat mungkin mempunyai kewajipan dari segi undang-undang untuk berkongsi maklumat yang disediakan seseorang Pemegang Akaun dengan Lembaga Hasil Dalam Negeri Malaysia ("LHDN"). LHDN mungkin membuat pertukaran maklumat tersebut dengan pihak berkuasa percukaian daripada bidang kuasa lain atau bidang kuasa yang mana Pemegang Akaun mungkin merupakan pemastautin bercukai berdasarkan perjanjian antara kerajaan untuk bertukar maklumat akaun kewangan.*

Each jurisdiction has its own rules for defining tax residence. If you have any questions on how to determine your tax residency status, you should consult your tax adviser or information could be obtained at the OECD automatic exchange of information portal [<http://www.oecd.org/tax/transparency/automaticexchangeofinformation.htm>]. The Company will not be in a position to provide assistance beyond the information set out herein.

*Setiap bidang kuasa mempunyai peraturan tersendiri untuk menentukan pemastautin bercukai. Jika anda mempunyai sebarang soalan untuk menentukan status pemastautin bercukai, anda hendaklah berunding dengan penasihat cukai anda atau maklumat berkaitan boleh didapati daripada portal maklumat pertukaran automatik OECD di [<http://www.oecd.org/tax/transparency/automaticexchangeofinformation.htm>]. Syarikat tidak mempunyai kedudukan untuk memberi bantuan selain daripada maklumat yang terkandung dalam borang ini.*

Note: In the case of a Cash Value Insurance Contract or an Annuity Contract, the Account Holder is any person entitled to access the Cash Value or change the beneficiary of the contract. If no person can access the Cash Value or change the beneficiary, the Account Holder is any person named as the owner in the contract and any person with a vested entitlement to payment under the terms of the contract. Upon the maturity of a Cash Value Insurance Contract or an Annuity Contract, each person entitled to receive a payment under the contract is treated as an Account Holder.

*Nota: Bagi Kontrak Insurans Nilai Tunai atau Kontrak Anuiti, Pemegang Akaun adalah mana-mana individu yang berhak mendapat Nilai Tunai atau menukar benefisiari dalam kontrak. Jika tiada individu yang berhak ke atas Nilai Tunai atau menukar benefisiari, Pemegang Akaun adalah individu yang dinamakan sebagai pemilik dalam kontrak dan mana-mana individu dengan kelayakan yang diletak hak ke atas pembayaran mengikut terma kontrak. Apabila Kontrak Insurans Nilai Tunai atau Kontrak Anuiti telah matang, setiap individu yang layak untuk menerima pembayaran di bawah kontrak dianggap sebagai Pemegang Akaun.*

### **Common Reporting Standard (CRS) Declaration: Pengisytiharan Piawaian Laporan Bersama (CRS):**

I certify that I am the Account Holder (or I am authorised to sign for the Account Holder) in respect of all the accounts to which this form relates.

*Saya mengesahkan bahawa saya adalah Pemegang Akaun (atau saya diberi kuasa untuk menurunkan tandatangan bagi pihak Pemegang Akaun) bagi semua akaun yang berkaitan dengan borang ini.*

I acknowledge that the information contained in this form, including information regarding the Account Holder and any reportable account(s) may be reported to IRBM and exchanged with the tax authorities of another country or countries in which the Account Holder may be tax resident, pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.

*Saya mengakui bahawa maklumat yang terkandung dalam borang ini, termasuk maklumat berkenaan Pemegang Akaun dan mana-mana akaun yang boleh dilaporkan, mungkin akan dilaporkan kepada LHDN dan dikongsi dengan pihak berkuasa cukai negara lain atau negara-negara yang mana Pemegang Akaun merupakan pemastautin bercukai, menurut perjanjian antara kerajaan untuk bertukar maklumat akaun kewangan.*

I declare that all statements made in this form are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete. I undertake to inform the company within 30 days if there is a change in circumstances that affects the tax residency status of the Account Holder or causes the information in this form to be incorrect or incomplete. I shall provide the Company with an updated self-certification form within 90 days of such change in circumstances.

*Saya mengaku bahawa semua kenyataan dalam borang ini adalah benar dan lengkap mengikut pengetahuan dan kepercayaan saya. Saya berjanji untuk memaklumkan Syarikat dalam tempoh 30 hari jika terdapat sebarang perubahan keadaan yang memberi kesan terhadap status pemastautin bercukai bagi Pemegang Akaun atau menyebabkan maklumat yang terkandung dalam ini menjadi yang tidak benar atau tidak lengkap. Saya akan menyediakan Syarikat dengan borang pengakuan sendiri yang dikemas kini dalam tempoh 90 hari kepada Syarikat selepas pertukaran tersebut.*

I understand that any person who provided any incorrect information required to be provided under the Malaysian laws on International Tax Compliance shall (unless he can show that he provided such incorrect information in good faith) be guilty of an offence and is punishable in accordance with the prevailing Common Reporting Standard Rules and Regulations.

*Saya memahami bahawa mana-mana individu yang menyediakan sebarang maklumat yang tidak benar seperti diperlukan mengikut Undang-Undang Malaysia ke atas Pematuhan Cukai Antarabangsa (melainkan dapat dibuktikan bahawa maklumat yang tidak benar tersebut diperoleh secara jujur) adalah melakukan kesalahan yang boleh dikenakan selaras dengan undang-undang dan peraturan-peraturan Piawaian Laporan Bersama.*

Policy No.

No. Polisi

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

## VI. COMMON REPORTING STANDARD (CRS):

### PIAWAIAN LAPORAN BERSAMA (CRS):

#### Common Reporting Standard (CRS) Declaration:

#### Pengisytiharan Piawaian Laporan Bersama (CRS):

I agree to complete and sign such documents and do such things for purposes reasonably required by the Company to evaluate my proposal and to provide the products or services which I am applying for.

*Saya bersetuju untuk melengkapkan dan menandatangani dokumen tersebut serta melakukannya bagi tujuan yang wajar seperti diperlukan Syarikat untuk menilai cadangan saya dan menyediakan produk atau perkhidmatan yang saya pohon.*

Are you currently a tax resident outside Malaysia?

*Adakah anda seorang pembayar cukai di luar Malaysia?*

Note : Only be applicable to be filled if the policy is subjected to OECD Common Reporting Standard.

*Nota : Hanya perlu diisi sekiranya polisi tertakluk pada Piawaian Laporan Bersama Pertubuhan Kerjasama Ekonomi dan Pembangunan ("OECD").*

#### **Policy Owner Pemilik Polisi**

No, I am currently solely a tax resident in Malaysia and do not have any foreign tax residency.

*Tidak, saya adalah pemastautin yang dikenakan cukai di Malaysia sahaja dan tidak tertakluk pada cukai pemastautin luar negara.*

Yes, I am currently a tax resident of the following countries/jurisdictions:

(Please fill the Tax Residency Self-Certification Form)

*Ya, saya adalah pemastautin yang dikenakan cukai di negara-negara berikut:*

*(Sila isikan Borang Penyataan Pengisytiharan Residensi Cukai)*

## VII. DECLARATION AND AUTHORISATION BY THE POLICY OWNER, LIFE ASSURED , ASSURED AND SPOUSE OF ASSURED

### PENGISYTIHARAN DAN KEBENARAN OLEH PEMILIK POLISI, HAYAT YANG DIASURANSKAN, ASURED DAN PASANGAN ASURED

I hereby declare and agree to the following on behalf of myself and any person or entity who may have or claim any interest in the policy issued pursuant to this application form.

*Saya mengaku dan bersetuju bagi pihak diri sendiri dan sesiapa saja atau entiti yang telah atau mungkin menuntut hak ke atas sebarang insurans yang dikeluarkan terhadap permohonan ini.*

1. All the foregoing statements and answers in this application form together with any other documents or questionnaires submitted in connection with this application form and the proposal form for the policy and all statements made and answers given to the Company's medical examiner(s), are complete and accurate ("the Information") and I understand that the Information given by me is relevant to the Company in deciding whether to accept my application or not and the rates and terms to be applied. The Company may terminate or void the policy (if reinstated), deny or reduce my claim, or change or vary the terms of the policy contract, if there is any non-disclosure, misrepresentation, misstatement, inaccuracy or omission.

*Semua kenyataan dan jawapan dalam borang permohonan ini beserta sebarang dokumen lain atau borang soal selidik yang dihantar berkaitan dengan borang permohonan ini dan borang cadangan untuk polisi ini dan semua kenyataan serta jawapan yang diberi kepada pemeriksa perubatan Syarikat, adalah lengkap dan tepat ("Maklumat") dan saya faham bahawa Maklumat yang saya beri adalah relevan kepada Syarikat bagi menentukan sama ada permohonan saya diterima atau tidak serta kadar dan syarat yang akan dikenakan. Syarikat boleh membatalkan kontrak polisi (jika dikembalikan), menafikan atau mengurangkan tuntutan saya atau mengubah atau menukar syarat kontrak polisi jika terdapat sebarang perkara yang tidak didedahkan, kenyataan yang salah, ketidaktepatan atau tertinggal.*

2. I understand that any change in the state of health and circumstances of the Life Assured, Assured and Spouse of Assured between the date of this application form and the date Company is on risk, must be communicated in writing to the Company.

*Saya faham bahawa sebarang perubahan terhadap kesihatan dan keadaan Hayat yang Diasuranskan, Asured dan Pasangan Asured di antara tarikh borang permohonan ini dan tarikh Syarikat mempunyai risiko, mestilah dibuat secara bertulis kepada Syarikat.*

3. I understand and agree that payment of premium before acceptance of this application by the Company does not commit the Company to approve my application and that the reinstatement of policy shall not take effect, and no cover whatsoever shall be provided unless and until this application has been fully accepted and the full amount of premiums due to the Company has been paid, and a notification of reinstatement is issued by the Company, while the Life Assured is in good health.

*Saya memahami dan bersetuju bahawa pembayaran premium sebelum penerimaan borang permohonan ini oleh Syarikat tidak akan membenarkan permohonan saya berkuatkuasa melainkan, selepas borang permohonan ini diterima sepenuhnya dan premium penuh telah dibayar, beserta surat pengesahan pengembalian semula polisi telah dikeluarkan oleh pihak Syarikat, semasa Hayat yang diasuranskan berkeadaan sihat.*

4. I understand and agree to the following further terms and conditions for reinstatement of policy:

*Saya memahami dan bersetuju dengan terma-terma dan syarat-syarat berikut untuk pengembalian semula polisi:*

(a) No reinstatement will be allowed for:

*Pengembalian semula tidak dibenarkan untuk:*

(i) Any policy which has lapsed for a period of more than 3 years for Whole Life and Endowment policies, and 12 months for Term policies and Medical policies/riders.

*Polisi yang telah luput lebih dari 3 tahun untuk polisi Seumur Hidup dan Endowmen, dan 12 bulan untuk polisi Asurans Bertempoh dan polisi/rider kesihatan.*

(ii) A female Life Assured/Assured/Spouse of Assured who is pregnant 8 months and above.

*Hayat yang Diasuranskan/Asured/Pasangan Asured wanita yang hamil 8 bulan dan ke atas.*

(iii) Life Assured/Assured/Spouse of Assured aged 60 next birthday and above, subject to the Company's sole and absolute discretion to consider each application on a case-to-case basis.

*Hayat yang Diasuranskan/Asured/Pasangan Asured yang mencapai umur 60 tahun dan ke atas pada hari jadi akan datang, tertakluk kepada budi bicara pihak Syarikat tetapi ia boleh dipertimbangkan mengikut kes-kes tertentu.*

Policy No.   
No. Polisi

**VII. DECLARATION AND AUTHORISATION BY THE POLICY OWNER, LIFE ASSURED , ASSURED AND SPOUSE OF ASSURED**  
**PENGISYTIHARAN DAN KEBENARAN OLEH PEMILIK POLISI, HAYAT YANG DIASURANSKAN, ASURED DAN PASANGAN ASURED**

- (b) In the event that my application is approved and my policy is reinstated:  
*Jika permohonan saya dibenarkan dan polisi saya dikuatkuasakan semula:*
- (i) the effective date of the suicide provisions and the Waiting Period, stipulated in the policy or rider(s) to the same, shall commence from the date of such reinstatement; and  
*tarikh berkuat kuasa bagi peruntukan bunuh diri dan Tempoh Menunggu seperti dinyatakan dalam polisi atau rider yang sama, akan bermula dari tarikh penguatkuasaan semula tersebut; dan*
- (ii) the cost of insurance/premium (where applicable) of the policy, will be revised accordingly taking into account any revision of insurance charges/premium rates (where applicable) to the policy or rider(s) attaching to the policy, upon the date of such reinstatement.  
*kos insurans/premium bagi polisi akan disemak semula sewajarnya dengan mengambil kira sebarang semakan semula caj insurans/ kadar premium bagi polisi atau rider yang dilampirkan pada polisi, selepas tarikh penguatkuasaan semula tersebut.*
5. I hereby authorise any doctor, medical practitioner, physician, hospital, laboratory, surgeon, nurse, medical staff, clinic, insurance company, organisation or institution, that has any records or knowledge of me or my health, to disclose to the Company or its representative any information about me, my health, medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment, and I authorise the Company and its representative to give and release any such information to any party to process this application and for the administration, analysis or processing of claim. A photocopy of this authorisation shall be effective and valid as the original.  
*Dengan ini saya membenarkan mana-mana doktor, pengamal perubatan, pakar perubatan, hospital, makmal, pakar bedah, jururawat, kakitangan perubatan, klinik, syarikat insurans, organisasi atau institut yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan berkenaan saya atau kesihatan saya, untuk mendedahkan sebarang maklumat kepada Syarikat atau wakilnya berkenaan saya, kesihatan saya, sejarah perubatan dan sebarang kemasukan hospital, nasihat, rawatan, penyakit atau sakit, dan saya membenarkan Syarikat dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan sebarang maklumat kepada mana-mana pihak bagi memproses permohonan ini dan untuk tujuan pentadbiran, analisis atau memproses tuntutan. Salinan fotostat pengesahan ini adalah berkuat kuasa dan sah seperti asal.*
6. I have fully read and understood all the contents of, and the warnings and advice contained in this application form.  
*Saya telah membaca dengan sepenuhnya dan memahami segala kandungan, dan amaran dan nasihat yang terkandung di dalam borang permohonan ini.*

Dated  /  /   
Tarikh Day Hari Month Bulan Year Tahun

I/We, the undermentioned Policy Owner, Life Assured, Assured and Spouse of Assured acknowledge that my/our above policy has lapsed. I/We request you to reinstate the said policy hereby expressly declaring and agreeing that the reinstatement thereof shall be on the faith of and conditional upon the truth of the foregoing statements and in accordance with the terms and conditions stated in the Policy and in this application form.

*Saya/Kami Pemilik Polisi, Hayat yang Diasuranskan, Asured dan Pasangan Asured yang disebutkan, mengetahui bahawa polisi di atas telah luput. Saya/Kami memohon kepada pihak anda untuk mengembalikan semula Polisi yang disebutkan, dengan ini mengisytiharkan dan bersetuju bahawa pengembalian semula akan bergantung kepada jawapan kepada kenyataan-kenyataan berikut dan mengikut terma-terma dan syarat-syarat yang dinyatakan di dalam polisi dan borang permohonan ini.*

\_\_\_\_\_  
Signature of Policy Owner  
Tandatangan Pemilik Polisi

Name: \_\_\_\_\_  
Nama  
NRIC No.: \_\_\_\_\_  
No. KP  
Tel No.: \_\_\_\_\_  
No. Tel

\_\_\_\_\_  
Signature of \*Life Assured  
Tandatangan \*Hayat yang Diasuranskan

Name: \_\_\_\_\_  
Nama  
BC/NRIC No.: \_\_\_\_\_  
No. Surat Beranak/KP  
Tel No.: \_\_\_\_\_  
No. Tel

\*Signature is mandatory for child 10 years old and above.  
\*Tandatangan adalah wajib untuk anak berumur 10 tahun dan ke atas.

Policy No.   
No. Polisi

**VII. DECLARATION AND AUTHORISATION BY THE POLICY OWNER, LIFE ASSURED, ASSURED AND SPOUSE OF ASSURED**  
**PENGISYTIHARAN DAN KEBENARAN OLEH PEMILIK POLISI, HAYAT YANG DIASURANSKAN, ASURED DAN PASANGAN ASURED**

Signature of \*\*\*Assured  
Tandatangan \*\*\*Asured

Name: \_\_\_\_\_  
Nama

NRIC No.: \_\_\_\_\_  
No.KP

Tel No.: \_\_\_\_\_  
No. Tel

\*\*\*Signature is mandatory for 3rd party policy with payer benefit rider.

\*\*\*Tandatangan adalah wajib untuk polisi pihak ketiga dengan rider manfaat pembayar.

Signature of \*\*\*Spouse of Assured  
Tandatangan \*\*\*Pasangan Asured

Name: \_\_\_\_\_  
Nama

NRIC No.: \_\_\_\_\_  
No.KP

Tel No.: \_\_\_\_\_  
No. Tel

\*\*\*Signature is mandatory for 3rd party policy with IL Spouse Payer Benefit Extra Rider.

\*\*\*Tandatangan adalah wajib untuk polisi pihak ketiga dengan rider manfaat pasangan pembayar.

Signature of Witness+  
Tandatangan Saksi+

Name: \_\_\_\_\_  
Nama

NRIC No.: \_\_\_\_\_  
No.KP

Tel No.: \_\_\_\_\_  
No. Tel

Note: The Witness must be at least 18 years of age and cannot be a named Nominee or Trustee.

Nota: Saksi mestilah berumur 18 tahun ke atas dan bukan Penama atau Pemegang Amanah yang telah dilantik.

Note: Please ensure that the signatures of the Policy Owner, Life Assured, Assured and Spouse of Assured are as per the signatures maintained in the Company's records.

Nota: Sila pastikan tandatangan Pemilik Polisi, Hayat yang Diasuranskan, Asured dan Pasangan Asured adalah seperti di dalam rekod pihak Syarikat.

**+ STATEMENT OF WITNESS KENYATAAN SAKSI**

I hereby witness and certify that the signature(s) in this form was / were made before me and that to my own personal knowledge it is the signature(s) of the Policy Owner, Life Assured, Assured and Spouse of Assured under the Policy Number as mentioned above.

Dengan ini saya menyaksikan dan mengesahkan bahawa tandatangan dalam borang ini dibuat di hadapan saya dan setakat yang saya ketahui tandatangan tersebut adalah tandatangan Pemilik Polisi, Hayat yang Diasuranskan, Asured dan Pasangan Asured bagi Nombor Polisi seperti dinyatakan di atas.

**\*\*\*IMPORTANT NOTES NOTA PENTING**

If you have changed your address or contact number (contact number is to be used for future official communication), please update your contact details via eConnect (e-Connect >> My Service Request >> Update Personal Details).

Jika anda telah menukar alamat atau no telefon (nombor telefon ini akan digunakan untuk komunikasi rasmi pada masa akan datang), sila kemas kini maklumat anda melalui eConnect (e-Connect >> My Service Request >> Update Personal Details).

**VIII. CHANGE OF AGENT PENUKARAN EJEN**

Revived by *Dihidupkan semula oleh* \_\_\_\_\_

Agent A/C No. *No. Akaun Ejen*

Note: Please note that change of agent is only applicable for LAPSED policy more than 3 months and above ONLY.

Nota: Sila ambil perhatian bahawa perubahan agent hanya diguna pakai bagi polisi luput lebih daripada 3 bulan SAHAJA.