

# APPLICATION FOR ALTERATION OF ASSURANCE (PSF02A)

(For Simplified Cancer Plans)

PERMOHONAN UNTUK PINDAAN ASURANS (PSF02A)

(Untuk Pelan Kanser Dengan Taja Jamin Ringkas)



Policy No.

No. Polisi

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

## **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:

- 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
- 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 other 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 -

- 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
- 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.

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.

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.

You should request for and study the brochures, sales illustration, Product Disclosure Sheet and policy contract in respect of the policy product paying particular attention to the benefits which are guaranteed and benefits which are not guaranteed, and your duties as a Policy Owner under the policy contract. You are at liberty to buy or not to buy any of the products covered in this application form.

In the event of any ambiguity, discrepancy or omission between the English and Bahasa Malaysia text of this application form, the English text shall be prevail.

## **NOTIS PENTING:**

### Berkeanaan 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:

- menjawab soalan-soalan khusus yang berkaitan dengan keputusan syarikat insurans sama ada untuk menerima risiko ataupun tidak dan kadar serta syarat yang akan dikenakan; dan
- 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.

### Berkeanaan 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 -

- anda ketahui ia berkaitan dengan keputusan syarikat insurans sama ada untuk menerima risiko ataupun tidak dan kadar serta syarat yang akan dikenakan; atau
- 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.

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.

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.

Jika terdapat sebarang kesamaran, percanggahan atau ketidngalaan di antara teks bahasa Inggeris dan Bahasa Malaysia, teks dalam bahasa Inggeris akan digunakan.

CSD-PSF02A-V05-092024

Policy No.

No. Polisi

**PARTICULARS OF CHANGES TO THE PLAN (State Sum Assured) BUTIR-BUTIR PERUBAHAN KEPADA PELAN (Nyatakan Jumlah Asurans)**

All questions must be fully completed and by selecting the appropriate boxes.

Kesemua soalan hendaklah dilengkapkan sepenuhnya dan pilih petak yang bersesuaian.

**INCREASE SUM ASSURED Penambahan Jumlah Asurans**

Benefit Code Kod Manfaat	From : Sum Assured (RM) Daripada : Jumlah Asurans (RM)	To : Sum Assured (RM) Kepada : Jumlah Asurans (RM)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**I. PERSONAL DETAILS BUTIR BUTIR PERIBADI** **Life Assured Hayat yang Diasuranskan**

1. Full Name (as shown on NRIC) Nama Penuh (seperti di dalam Kad Pengenalan)	<input type="text"/>
2. New NRIC No. No. Kad Pengenalan Baharu Birth Certificate/Passport/ROC No. No. Sijil Kelahiran/ Pasport/Pendaftaran Syarikat	<input type="text"/>
3. Occupation /Self-employed Details Butiran Pekerjaan / Bekerja Sendiri	<input type="text"/>
(a) Occupation Pekerjaan	<input type="text"/>
(b) Exact Nature of Work Jenis Kerja Sebenar	<input type="text"/>
(c) Nature of Business Jenis Perniagaan	<input type="text"/>
(d) Name & Address of Employer/Business Nama & Alamat Majikan/Perniagaan	<input type="text"/>
(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 <input type="text"/>
4. (a) Height (cm) Tinggi (sm)	<input type="text"/> cm / sm
(b) Weight (kg) Berat (kg)	<input type="text"/> kg

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

To be completed by Policy Owner. 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.

Policy No.

No. Polisi

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

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

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 PERLINDUNGAN INSURANS SEDIA ADA DAN /ATAU MASA KINI****(contoh: Insurans Hayat / Kemalangan / Penyakit Kritikal / Hilang Upaya / Perubatan / Kesihatan)**

Life Assured  
Hayat Yang  
Diasuranskan  
**YES NO**  
**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 sebarang insurans sedia ada termasuk yang sedang dicadangkan dengan syarikat lain? Jika "YA" sila nyatakan butiran penuh.*

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

2. Has any proposal, reinstatement or application for renewal of insurance on your life (including those now been 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 cadangan, penguatkuasaan semula atau permohonan untuk memperbaharui insurans hayat anda (termasuk yang sedang dicadangkan dengan syarikat lain) pernah ditolak, ditangguhkan, dikenakan kadar, dihadkan atau diubah dalam sebarang cara atau dikenakan syarat tambahan? Jika "YA", sila nyatakan butiran penuh.*

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

**IV. FAMILY & OTHER PERSONAL INFORMATION MAKLUMAT KELUARGA & MAKLUMAT PERIBADI LAIN-LAIN**

1. Have any of your biological parents, brothers or sisters ever suffered from cancer before the age of 60?

*Adakah ibu/bapa atau adik beradik kandung anda menghidap penyakit kanser sebelum berumur 60 tahun?*

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

**V. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP**

1. Have you ever smoked or use any tobacco / nicotine product (eg. Cigarettes, cigar or pipes) in the last 12 months?

*Adakah anda pernah merokok atau menggunakan sebarang produk tembakau/ nikotin (contohnya Rokok, cerut atau paip) dalam tempoh 12 bulan lepas?*If "YES",   cigarettes / cigar per day.Jika "YA",   batang rokok / cerut sehari.

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

2. Do you consume alcoholic drinks? If " YES ", state average weekly consumption:-

*Adakah anda minum minuman beralkohol? Jika " YA ", nyatakan purata pengambilan seminggu:-*

Beer/Stout   small bottles    Wine   glasses    Whiskey/brandy/others   pegs     Social  
*Bir/Stout    botol kecil    Wain    gelas    Wiski/brandi/lain-lain    peg    Sosial*

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

3. Have you ever taken or do you now take any drugs or narcotics, other than those validly prescribed by doctors, or been treated for drug habits?

*Adakah anda pernah mengambil atau kini sedang mengambil sebarang dadah atau narkotik selain daripada yang ditetapkan doktor, atau pernah dirawat untuk tabiat dadah?*

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

4. Have you ever had, been diagnosed to have, been investigated or treated for, or advised to seek any medical or surgical treatment for any of the conditions listed below:

*Adakah anda pernah didiagnosis, diperiksa, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang rawatan perubatan atau pembedahan untuk sebarang keadaan di bawah:*

(a) Bronchiectasis, tuberculosis (TB), unresolved pneumonia, sarcoidosis, coughing of blood or any respiratory disorder?  
*Bronchiectasis, batuk kering (tibi), radang paru-paru yang tidak sembuh, sarkoidosis, batuk berdarah atau lain-lain gangguan pernafasan?*

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

(b) Thyroid disease, goiter, multiple sclerosis, thalassemia, anaemia, haemophilia, Down's syndrome or any other disease or disorder of the endocrine glands, blood, chromosomal abnormality or hereditary disease?  
*Penyakit tiroid, goiter, multiple sclerosis, talasemia, anemia, hemofilia, Sindrom Down atau lain-lain penyakit atau gangguan berkaitan dengan sistem endokrin, darah, kromosom atau penyakit keturunan?*

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

Policy No.

**V. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP**

Life Assured  
Hayat Yang  
Diasuranskan  
YES NO  
YA TIDAK

<p>(c) Gastric or duodenal ulcer, Helicobacter pylori infection, gastro-oesophageal reflux disease (GERD), Barrett's Oesophagus, colitis, Crohn's disease, intestinal polyps, blood in stool or vomiting blood? <i>Gastrik atau ulser duodenum, jangkitan Helicobacter pylori, penyakit refluks gastroesofagus (GERD), esofagus Barrett, colitis, penyakit Crohn, polip usus, najis berdarah atau muntah berdarah?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(d) Pancreatitis, jaundice, Hepatitis B or C, cirrhosis or any disease or disorder of liver? <i>Jangkitan pada pankreas, jaundis, Hepatitis B atau C, sirosis atau penyakit atau jangkitan pada hati?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(e) Chronic kidney infection, polycystic kidneys, protein or blood in urine or any disease or disorder of the prostate or testicle? <i>Jangkitan buah pinggang kronik, buah pinggang polisistik, protein atau darah dalam air kencing atau penyakit atau gangguan lain pada prostat atau buah zakar?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(f) Cancer, tumour, cyst, polyp, lump, growth, lymphoma, leukaemia, melanoma, Hodgkin's disease, bone marrow disorders or any malignant or pre-malignant condition? <i>Kanser, tumor, sista, polip, benjolan, ketumbuhan, limfoma, leukemia, melanoma, penyakit Hodgkin, gangguan sumsum tulang atau sebarang keadaan malignan atau pra-malignan?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(g) Rheumatoid arthritis, HIV/AIDS or any other disease or disorder of the immune system? <i>Artritis reumatoid, HIV/AIDS atau lain-lain penyakit atau gangguan berkaitan dengan sistem imun?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>5. 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, lung function test, or scope? <i>Sepanjang 5 tahun lepas, adakah anda pernah atau dinasihatkan atau berniat menjalani pemeriksaan atau ujian saringan yang termasuk serta tidak terhad kepada ujian darah dan air kencing, pap smear, mamogram, ujian bunyi, biopsi, sinar x, imbasan CT, MRI, ujian fungsi paru-paru atau skop?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Are you presently a bankrupt? <i>Adakah anda kini telah muflis?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

**VI. FOR FEMALE ONLY UNTUK WANITA SAHAJA**

<p>1. 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, adenomyosis, cervicitis, abnormal pap smear(s) or any other disease or disorder of the breast or female organs? <i>Pernahkah anda diberitahu atau sedang dimaklumkan, disiasat, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang rawatan perubatan atau pembedahan untuk ketulan payudara, fibroid, sista ovari, sindrom polisistik ovari, adenomiosis, servisititis, keputusan pap smear yang tidak normal atau lain-lain penyakit atau gangguan berkaitan dengan payudara atau organ wanita?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
---	--

If any of the above answer(s) is/are "YES", please indicate the Question No. and provide full relevant details of the same:  
*Sekiranya sebarang jawapan di atas adalah "YA", sila nyatakan No. Soalan dan nyatakan butiran penuh yang berkaitan:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VII. DATA PROTECTION NOTICE NOTIS PERLINDUNGAN DATA**

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 pemprosesan 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 or complaint (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 or Privacy Officer at +603 4813 3796 or write to the Company.  
*Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan atau aduan (seperti mengehadkan pemprosesan maklumat tertentu, termasuk membatalkan persetujuan untuk menerima maklumat pemasaran), anda boleh menghubungi **Customer Service Careline** di 1300-1300 88 atau Pegawai Privasi kami ditalian +603 4813 3796 atau menulis kepada Syarikat.*

Policy No.

No. Polisi

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

### VIII. DECLARATION AND AUTHORISATION BY THE LIFE ASSURED AND POLICY OWNER

#### PENGISYTIHARAN DAN KEBENARAN OLEH HAYAT YANG DIASURANSKAN DAN PEMILIK POLISI

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 polisi 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 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 application (if issued), 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 berserta sebarang dokumen lain atau borang soal selidik yang dihantar berkaitan dengan borang permohonan 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 menamatkan atau membatalkan kontrak polisi (jika dikeluarkan), 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 and 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 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 issue the additional assurance. I have applied for and that the said additional assurance shall not take effect, and no cover whatsoever shall be provided unless and until this application has been fully accepted and the full premium has been paid while the Life Assured is in good health.

*Saya memahami dan bersetuju bahawa pembayaran premium sebelum penerimaan borang permohonan ini oleh Syarikat tidak menyebabkan asurans tambahan dikeluarkan. Saya telah memohon dan asurans tambahan yang tersebut tidak akan berkuat kuasa dan tiada apa jua perlindungan akan diberi melainkan dan sehingga permohonan ini diterima sepenuhnya dan premium penuh telah dibayar semasa Hayat yang Diasuranskan mempunyai kesihatan yang baik.*
4. 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.

*Saya membenarkan mana-mana doktor, pengamal perubatan, pakar perubatan, hospital, makmal, pakar bedah, jururawat, kakitangan perubatan, klinik, syarikat insurans, organisasi atau institusi yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan berkenaan diri atau kesihatan saya untuk mendedahkan sebarang maklumat berkaitan saya kepada Syarikat atau wakilnya berkenaan kesihatan dan sejarah perubatan saya serta sebarang kemasukan hospital, nasihat, rawatan, penyakit atau sakit dan saya membenarkan Syarikat dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan sebarang maklumat tersebut kepada mana-mana pihak bagi memproses permohonan ini untuk tujuan pentadbiran, analisis atau proses tuntutan. Salinan bagi kebenaran ini berkuat kuasa dan sah seperti dokumen asal.*
5. 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, amaran serta nasihat yang terkandung dalam borang permohonan ini.*
6. I have fully read and understood the Data Protection Notice posted at [greateasternlife.com](http://greateasternlife.com) and I agree that the Company may process the personal information in the manner set out in the said Notice.

*Saya telah membaca dan memahami sepenuhnya Notis Perlindungan Data di laman [greateasternlife.com](http://greateasternlife.com) dan saya bersetuju bahawa Syarikat boleh memproses maklumat peribadi dengan cara yang dinyatakan dalam Notis tersebut.*
7. I hereby irrevocably authorise the Company to deduct the monthly insurance charges for Basic Benefit and all the attaching Investment-Linked Optional Benefits (or riders), if any, from the Total Investment Value of my/our policy in all circumstances including but not limited to the event when any premium due is not paid. I further understand and agree that concurrent deduction for policy fee will also be made by the Company. All these deductions shall be made in accordance with the terms and conditions as specified in my policy.

*Dengan ini saya memberi kuasa yang tidak boleh ditarik balik kepada Syarikat untuk menolak caj insurans bulanan bagi Manfaat Asas dan semua Manfaat Pilihan Berkait Pelaburan (atau rider) yang dilampirkan, jika ada, daripada Jumlah Nilai Pelaburan polisi saya dalam semua keadaan yang termasuk serta tidak terhad kepada keadaan apabila sebarang premium yang perlu dibayar masih belum dibayar. Saya seterusnya faham dan bersetuju bahawa penolakan yuran polisi juga boleh dilakukan secara serentak oleh Syarikat. Semua penolakan ini akan dibuat mengikut terma dan syarat yang dinyatakan dalam polisi.*

Policy No.   
No. Polisi

**VIII. DECLARATION AND AUTHORISATION BY THE LIFE ASSURED AND POLICY OWNER**

**PENGISYTIHARAN DAN KEBENARAN OLEH HAYAT YANG DIASURANSKAN DAN PEMILIK POLISI**

Dated  /  /   
Ditandatangani Day Hari Month Bulan Year Tahun

Signature of Policy Owner (\*\*cum trustee)  
Tandatangan Pemilik Polisi  
(\*\*merangkap Pemegang Amanah)

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

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

Tel No. (H/P): \_\_\_\_\_  
No. Tel (Bimbit)

\*\*Policy Owner gives consent as trustee, if applicable.  
\*\*Pemilik Polisi memberi kebenaran sebagai pemegang

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

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

BC/NRIC No.: \_\_\_\_\_  
No. Surat Beranak/KP

Tel No. (H/P): \_\_\_\_\_  
No. Tel (Bimbit)

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

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

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

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

Tel No. (H/P): \_\_\_\_\_  
No. Tel (Bimbit)

\*\*\*Signature is mandatory for 3rd party policy with amendment on payer benefit rider.  
\*\*\*Tandatangan adalah wajib untuk polisi pihak ketiga dengan perubahan ke atas rider manfaat pembayar.

Signature of Witness+  
Tandatangan Saksi+

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

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

Tel No. (H/P): \_\_\_\_\_  
No. Tel (Bimbit)

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.

**+ 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 / Assignee / Nominee / Trustee 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 / Penerima Serah Hak / Penama / Pemegang Amanah bagi Nombor Polisi seperti dinyatakan di atas.

**IX. AGENT'S / THE FAR'S / OFFICER'S DECLARATION PENGAKUAN EJEN / WPK / PEGAWAI**

I hereby declare that I have sighted the original \*NRIC / Passport / Birth Certificate of the Life Assured and the Policy Owner and verified the identity(ies) of the Life Assured and the Policy Owner through the use of such \*NRIC / Passport / Birth Certificate.

I further declare that I have disclosed all required information and advice to the Policy Owner. I have also explained and given the Policy Owner the full set of Company's Product Disclosure Sheet relevant to the proposed products.

Dengan ini saya mengaku telah melihat \*Kad Pengenalan / Pasport / Sijil Kelahiran asal Hayat yang Diasuranskan dan Pemilik Polisi serta telah mengesahkan identiti Hayat yang Diasuranskan dan Pemilik Polisi menggunakan \*Kad Pengenalan / Pasport / Sijil Kelahiran tersebut.

Selanjutnya, saya mengaku bahawa saya telah mendedahkan semua maklumat yang diperlukan serta memaklumkan Pemilik Polisi. Saya juga telah menerangkan dan memberi Risalah Pemberitahuan Produk Syarikat yang lengkap serta relevan dengan produk yang dicadangkan.

A/C No:  
No. Akaun

Signature of the \*Agent / the FAR / Officer  
Tandatangan \*Ejen / WPK / Pegawai

Name:  
Nama

If signed by FAR, please state the name of FAR's FA:  
Jika ditandatangani oleh WPK, sila nyatakan nama PK

\*delete whichever is not applicable  
potong mana yang tidak berkenaan



Policy No.

No. Polisi

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

**X. CONSENT TO REQUEST FOR ALTERATIONS *KEBENARAN KE ATAS PERMOHONAN UNTUK PINDAAN***

I / We, the \*Trustee(s) / Nominee(s) / Parent of the nominee(s) / Conditional Assignee, hereby irrevocably and unconditionally give my / our consent to the Policy Owner for the amendment(s) requested.

I / We further agree that we shall hold the Company harmless in respect of any and all consequences and things which may arise as a result of its compliance with the Policy Owner's instruction to any of the above deeds and acts.

*Saya / Kami, \*Pemegang Amanah / Penama / Ibu bapa penama / Penerima Serah Hak Bersyarat, dengan ini memberi kebenaran saya / kami yang tidak boleh ditarik balik ke atas Polisi dan tidak bersyarat kepada Pemilik Polisi terhadap pindaan yang diminta.*

*Saya / Kami selanjutnya bersetuju bahawa Syarikat tidak akan menanggung sebarang dan semua akibat yang mungkin berlaku disebabkan pematuhan arahan Pemilik Polisi untuk melaksanakan sebarang perlakuan dan tindakan di atas.*

Signature of \*Trustee / Nominee / Parent of Nominee / Conditional Assignee  
*Tandatangan Pemegang Amanah / Penama / Ibu bapa Penama / Penerima Serah Hak Bersyarat*

Signature of \*Trustee / Nominee / Parent of Nominee / Conditional Assignee  
*Tandatangan Pemegang Amanah / Penama / Ibu bapa Penama / Penerima Serah Hak Bersyarat*

Signature of Witness+  
*Tandatangan Saksi+*

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

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

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

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

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

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

Tel No. (H/P): \_\_\_\_\_  
*No. Tel (Bimbit)*

Tel No. (H/P): \_\_\_\_\_  
*No. Tel (Bimbit)*

Tel No. (H/P): \_\_\_\_\_  
*No. Tel (Bimbit)*

\*Please delete whichever not applicable  
*\*Potong yang mana tidak berkenaan*

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:** If the policy is conditionally assigned, consent is required from the conditional assignee. If you are a non-Muslim and your current nominee(s) is / are your spouse, child or parent (if you have no spouse or child living at the time of nomination), then your policy is deemed to be a trust policy. Therefore, consent is required from the trustee(s) of the policy. If there is no trustee appointed, (a) the nominee who is competent to contract, or (b) where the nominee is incompetent to contract, the parent of the incompetent nominee (other than the policyowner's), or where there is no surviving parent, the public trustee shall be the trustee of the policy.

**Nota:** Jika polisi diserahkan secara bersyarat, kebenaran daripada penerima serah hak bersyarat diperlukan. Jika anda Bukan Islam dan penama semasa anda adalah suami / isteri, anak atau ibu / bapa (jika anda tidak mempunyai suami / isteri atau anak semasa anda membuat penamaan), maka polisi anda dianggap sebagai polisi amanah. Oleh sebab itu, kebenaran diperlukan daripada pemegang amanah polisi. Sekiranya tiada pemegang amanah dilantik, (a) penama yang layak akan dilantik atau (b) sekiranya tiada penama yang layak untuk dilantik, ibu / bapa penama berkenaan (selain daripada pemilik polisi) atau sekiranya tiada ibu / bapa yang masih hidup, pemegang amanah awam akan dilantik sebagai pemegang amanah polisi.

**+ 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 / Assignee / Nominee / Trustee 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 / Penerima Serah Hak / Penama / Pemegang Amanah bagi Nombor Polisi seperti dinyatakan di atas.*

This page is intentionally left blank