

**APPLICATION FOR INCLUSION / CONVERSION / ALTERATION
OF ASSURANCE**
**PERMOHONAN UNTUK PENAMBAHAN / PENUKARAN / PINDAAN
ASURANS (PSF02)**



Policy No.

No. Polisi

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

☐ **TRADITIONAL PLAN**
PELAN TRADISIONAL

☐ **INVESTMENT LINKED PLAN**
PELAN BERKAIT PELABURAN

☐ **STANDALONE MEDICAL PLAN**
PELAN PERUBATAN SAHAJA

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 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 -

- (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.

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 policyowner under the policy contract. You are at liberty to buy or not to buy any of the products covered in this application form.

NOTIS PENTING:

Berkenaan 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 ataupun tidak dan kadar serta syarat yang akan 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 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.

Berkenaan 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 ataupun tidak dan kadar serta 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.

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.

Anda perlu meminta dan mengkaji risalah, ilustrasi jualan, Risalah Pendedahan Produk dan kontrak polisi bagi produk dengan polisi yang membayar manfaat tertentu yang dijamin dan manfaat yang tidak dijamin serta kewajipan anda sebagai seorang pemilik polisi di bawah kontrak polisi. Anda berhak membeli atau tidak membeli sebarang produk yang terkandung dalam borang permohonan ini.

CSD-PSF02-V08-012015

Policy No.

No. Polisi

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

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

INCREASE SUM ASSURED <i>PENAMBAHAN JUMLAH ASURANS</i>			DECREASE SUM ASSURED <i>PENGURANGAN JUMLAH ASURANS</i>		
Benefit <i>Manfaat</i>	New Sum Assured <i>Jumlah Asurans Baharu</i>		Benefit <i>Manfaat</i>	New Sum Assured <i>Jumlah Asurans Baharu</i>	
(1)			(1)		
(2)			(2)		
(3)			(3)		
(4)			(4)		
(5)			(5)		
(6)			(6)		
(7)			(7)		
(8)			(8)		

INCLUDE NEW BENEFITS <i>PENAMBAHAN MANFAAT BARU</i>			CANCEL BENEFIT <i>PEMBATALAN MANFAAT</i>		
Benefit <i>Manfaat</i>	Sum Assured <i>Jumlah Asurans</i>	Benefit Term* <i>Tempoh Manfaat</i>	Benefit <i>Manfaat</i>		
(1)			(1)		
(2)			(2)		
(3)			(3)		
(4)			(4)		
(5)			(5)		
(6)			(6)		
(7)			(7)		
(8)			(8)		

* Benefit term applicable for Premium Waiver only
 * Tempoh manfaat berkenaan untuk Penepian Premium sahaja

CHANGE REGULAR PREMIUM *PENUKARAN PREMIUM TETAP*

New Premium *Premium Baharu*
 BIP (Minimum RM1,200/- per year) per year
 BIP (Minimum RM1200/- setahun) setahun
 GSR with waiver (Minimum RM600/- per year) per year
 GSR dengan penepian (Minimum RM600/- setahun) setahun

INCREASE TERM OF ASSURANCE *PENAMBAHAN TEMPOH ASURANS*

Benefit <i>Manfaat</i>	New Term <i>Tempoh Baru</i>
(1)	
(2)	

CHANGE PLAN *PENUKARAN PELAN*

New Plan <i>Pelan Baharu</i>	Sum Assured <i>Jumlah Asurans</i>	* Term of Assurance <i>Tempoh Perlindungan</i>	* Premium Paying Term <i>Tempoh Pembayaran Premium</i>

* If applicable *Jika berkenaan***CONVERSION FROM *PENUKARAN DARIPADA***

Current Benefit <i>Manfaat Lama</i>		New Benefit <i>Manfaat Baru</i>
(1)	to kepada	
(2)	to kepada	

Policy No.	
No. Polisi	

PERSONAL DETAILS BUTIR-BUTIR PERIBADI	LIFE ASSURED HAYAT YANG DIASURANSKAN	ASSURED ASURED
1. Full Name (as shown on NRIC) <i>Nama Penuh (seperti di dalam Kad Pengenalan)</i>		
2. New NRIC No. <i>No. Kad Pengenalan Baru</i> BirthCertificate/Passport /ROC No <i>No. Sijil Kelahiran/Pasport/ROC</i>		
3. Email <i>Emel</i>		
4. Occupation / Self-employed Details <i>Butiran Pekerjaan / Bekerja Sendiri</i>		
(a) Occupation <i>Pekerjaan</i>		
(b) Exact Nature of Work <i>Jenis Kerja Sebenar</i>		
(c) Nature of Business <i>Jenis Perniagaan</i>		
(d) Name & Address of Employer/Business <i>Nama & Alamat Majikan/Perniagaan</i>		
(e) Annual Earned Income (RM) up to <i>Pendapatan Tahunan (RM) sehingga</i>	☐ No income <i>Tiada pendapatan</i> ☐ 8,000 <i>8,000</i> ☐ 15,000 <i>15,000</i> ☐ 30,000 <i>30,000</i> ☐ 50,000 <i>50,000</i> ☐ 75,000 <i>75,000</i> ☐ 100,000 <i>100,000</i> ☐ 200,000 <i>200,000</i> ☐ (for other specific amount) <i>(untuk lain-lain amaun)</i>	☐ No income <i>Tiada pendapatan</i> ☐ 8,000 <i>8,000</i> ☐ 15,000 <i>15,000</i> ☐ 30,000 <i>30,000</i> ☐ 50,000 <i>50,000</i> ☐ 75,000 <i>75,000</i> ☐ 100,000 <i>100,000</i> ☐ 200,000 <i>200,000</i> ☐ (for other specific amount) <i>(untuk lain-lain amaun)</i>
5. (a) Height (cm) <i>Tinggi (sm)</i>		
(b) Weight (kg) <i>Berat (kg)</i>		
(c) Any weight gained/lost for the past 2 years? <i>Sebarang berat bertambah/berkurang untuk 2 tahun lepas?</i>	☐ Yes <i>Ya</i> ☐ No <i>Tidak</i> If "Yes", Jika "Ya", ☐ Gained ☐ Lost <i>Tambah Kurang</i>	☐ Yes <i>Ya</i> ☐ No <i>Tidak</i> If "Yes", Jika "Ya", ☐ Gained ☐ Lost <i>Tambah Kurang</i>

A. 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 YES NO YA TIDAK	Assured Asured YES NO YA TIDAK
1. Do you have any existing insurance including those now being proposed to other companies? If "YES", please give details. <i>Adakah anda memiliki insurans semasa termasuk yang sedang dicadangkan kepada syarikat-syarikat lain? Jika ada, sila berikan butiran penuh.</i>		
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. <i>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.</i>		

Policy No.				No. Polisi			
A. 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 YES NO YA TIDAK	Assured Asured YES NO YA TIDAK
3. Is this application replacing or intended to replace any existing policy with us or any other insurance company? Adakah permohonan ini menggantikan atau bakal menggantikan mana-mana polisi insurans hayat anda yang sedia ada sama ada dengan syarikat kami atau syarikat insurans yang lain?						☐	☐
B. FAMILY & OTHER PERSONAL INFORMATION MAKLUMAT KELUARGA & MAKLUMAT PERIBADI LAIN-LAIN							
1. Family History: Have any of your biological parents, brothers or sisters ever suffered from heart diseases, stroke, hypertension, diabetes, kidney disease, mental disorders, cancer, hereditary, neurological or congenital disease? If "YES", please give details. Adakah ibu/bapa atau adik beradik kandung anda menghidap sebarang penyakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, kencing manis, penyakit buah pinggang, gangguan mental, kanser, penyakit keturunan, neurologi atau penyakit kongenital? Jika ada, sila berikan butiran.						☐	☐
C. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP							
1. Are you now in good health and free from disease or injury? Adakah anda bebas dari sebarang jenis penyakit dan berkeadaan sihat?						☐	☐
2. Have you ever smoked or use any tobacco / nicotine product (eg. Cigarettes, cigar or pipes) in the last 12 months? Pernahkah anda merokok atau menggunakan produk tembakau / nikotin (eg. Rokok, cerut atau paip) dalam tempoh 12 bulan yang lepas? Life Assured If "YES", cigarettes / cigar per day. Hayat Yang Diasuranskan Jika "YA", batang rokok / curut sehari. Assured If "YES", cigarettes / cigar per day. Asured Jika "YA", batang rokok / curut sehari.						☐	☐
3. Do you consume alcoholic drinks? If " YES ", state average weekly consumption:- Adakah anda minum minuman beralkohol? Jika " YA ", nyatakan purata pengambilan seminggu:- Life Assured Hayat Yang Diasuranskan Beer/Stout small bottles Wine glasses Whiskey/brandy/others pegs ☐ Social Bir/Stout botol kecil Wain gelas Wiski/brandi/lain-lain peg ☐ Sosial Assured Asured Beer/Stout small bottles Wine glasses Whiskey/brandy/others pegs ☐ Social Bir/Stout botol kecil Wain gelas Wiski/brandi/lain-lain peg ☐ Sosial						☐	☐
4. Are you currently receiving medical treatment and / or suffering from physical impairment or infirmity or congenital abnormality? Adakah kini anda menerima rawatan perubatan dan / atau menderita sebarang kecacatan fizikal atau kelemahan atau kongenital tidak normal?						☐	☐
5. 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? Pernahkah anda mengambil atau pada masa sekarang ini mengambil sebarang dadah atau narkotik selain dari yang ditetapkan oleh doktor, atau pernah dirawat untuk tabiat dadah?						☐	☐
6. Have you ever had, been diagnosed to have, been investigated, treated or advised to seek any medical or surgical treatment for any conditions listed below: Pernahkah anda diberitahu atau sedang diberitahu, disiasat, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang perubatan atau rawatan pembedahan untuk apa-apa keadaan di bawah: (a) Stroke, transient ischemic attack (TIA), brain hemorrhage or brain injury, epilepsy, convulsion (fits), paralysis, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, Multiple sclerosis, prolonged recurrent dizziness or headache, migraine, cerebral palsy or other disease or disorder of the brain or nervous system? Strok, serangan iskemia sementara(TIA), pendarahan otak atau kecederaan otak, sawan tarik, sawan, lumpuh, penyakit Parkinson, penyakit Alzheimer's, Multiple Sclerosis, pening atau sakit kepala yang berulang dan berpanjangan, migrain, cerebral palsy atau lain-lain penyakit atau gangguan pada otak atau sistem saraf?						☐	☐
(b) Depression, anxiety, schizophrenia, suicide attempt, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), autism, Down's syndrome, dementia, or any other mental health or psychiatric illness? 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?						☐	☐
(c) Asthma, bronchitis, tuberculosis (TB), pneumonia, coughing of blood or any other disease or disorder of the lungs or respiratory system? Lelah, bronkitis, batuk kering (TB), radang paru-paru, batuk berdarah atau lain-lain penyakit atau gangguan pada paru-paru atau saluran pernafasan lain?						☐	☐
(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? 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?						☐	☐

Policy No.

No. Polisi

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

C. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP
Life Assured
Hayat Yang
Diasuranskan
YES NO
YA TIDAK
Assured
Asured
YES NO
YA TIDAK

(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>	☐	☐	☐	☐
(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>	☐	☐	☐	☐
(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>	☐	☐	☐	☐
(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>	☐	☐	☐	☐
(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>	☐	☐	☐	☐
(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>	☐	☐	☐	☐
(k)	Backache, slipped disc, spondylosis, arthritis, rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosis (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, artritis, artritis 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>	☐	☐	☐	☐
(l)	Syphilis, gonorrhea, 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>	☐	☐	☐	☐
(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>	☐	☐	☐	☐
7. (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>	☐	☐	☐	☐
(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>	☐	☐	☐	☐
(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>	☐	☐	☐	☐
(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>	☐	☐	☐	☐

Policy No.

No. Polisi

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

C. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP
Life Assured
Hayat Yang
Diasuranskan
YES NO
YA TIDAK
Assured
Asured
YES NO
YA TIDAK

8. 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.

Adakah anda pernah terlibat atau adakah anda berhajat 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.

☐ ☐
☐ ☐

9. 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? 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?

☐ ☐
☐ ☐

10. Are there any other circumstances not already disclosed elsewhere in this application form that would render an assurance on your life more hazardous? If you are in doubt on whether certain circumstances are more hazardous, these circumstances should be disclosed.

Adakah terdapat mana-mana keadaan lain di mana telah tidak diberitahu di dalam borang permohonan ini yang boleh menyebabkan asurans ke atas diri anda melebihi bahaya yang luar biasa? Jika anda sangsi sama ada sesuatu keadaan itu lebih bahaya dari biasa, keadaan tersebut hendaklah dikemukakan.

☐ ☐
☐ ☐

11. Are you presently a bankrupt?

Adakah anda kini seorang bankrap?

☐ ☐
☐ ☐
D. FOR FEMALE ONLY UNTUK WANITA SAHAJA

12. (a) Are you now pregnant? Adakah anda hamil sekarang?

If "YES", please state how many months pregnant. ☐ months
Jika "YA", sila nyatakan berapa bulan mengandung. ☐ bulan

☐ ☐
☐ ☐

- (b) Have you ever had any complications in current or previous pregnancies or childbirth?

Pernahkah anda mengalami sebarang komplikasi semasa hamil atau kelahiran anak dahulu?

☐ ☐
☐ ☐

- (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?

Pernahkah anda diberitahu atau sedang diberitahu, disiasat, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang perubatan atau rawatan pembedahan untuk ketulan payudara, fibroid, sista ovari, sindrom polisistik ovari, endometriosis, cervicitis, papsmear tidak normal atau penyakit atau gangguan pada buah dada atau organ wanita?

☐ ☐
☐ ☐
E. FOR CHILD (Up to 2 years old) ONLY UNTUK ANAK (Sehingga umur 2 tahun) SAHAJA

- 13.(a) Was the child born premature / less than 37 weeks of gestation?

Adakah anak dilahirkan pramatang / kurang daripada 37 minggu?

If "YES", please state gestational period: ☐ weeks and birth weight ☐ kg
Jika "YA", sila nyatakan tempoh kehamilan: ☐ minggu dan berat semasa lahir ☐ kg

☐ ☐
☐ ☐

- (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?

Adakah anak anda pernah atau sedang diperiksa atau dirawat atau anda dimaklumkan atau dinasihatkan untuk mendapatkan 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?

☐ ☐
☐ ☐

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 beri butiran:

F. 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.

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.

Untuk maklumat berkenaan pemprosesan data peribadi dan hak ke atas data peribadi anda, sila rujuk Notis Perlindungan Data Peribadi yang dipaparkan dalam laman sesawang greateasternlife.com.

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 talian 1300-1300 88 atau Pegawai Privasi kami di +603 4813 3796 atau tulis kepada Syarikat.

Policy No.

No. Polisi

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

G . 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.

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.
2. I hereby confirm that save for the relevant sales brochures, sales illustrations and documents duly authorised by the Company, your agent / the FA / the FAR has not given me any document or information to induce me to enter into a contract of assurance with your Company.
3. 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.
4. 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.
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.
6. I understand and agree that for any application of conversion / upgrade of existing medical rider will subject to the Conditional Waiver of Waiting Period: If an Illness (30 days) or a Specified Illness (120 days) occurs from the Replacement Date, the eligible expenses incurred for all insured benefits, will be based on the previous medical rider's amounts and limits as stated in the old Schedule of Benefits, as well as old medical rider's terms and conditions.
7. I have fully read and understood all the contents of, and the warnings and advice contained in this application form.
8. I have fully read and understood the Data Protection Notice above and I agree that the Company may process the personal information in the manner set out in the said Notice.
9. 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 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.
10. I agree that, for any inclusion of IL Comprehensive Accident Benefits Xtra Rider U74 and / or IL Accidental Death and Dismemberment Benefits Rider U72, the insurance charges for the inclusion of IL Comprehensive Accident Benefits Xtra Rider U74 and / or IL Accidental Death and Dismemberment Benefits Rider U72 will be effective from last policy anniversary date and Total Investment Value will be adjusted accordingly. However, the commencement of cover under this / these rider(s) will only be effective from (i) next risk charge date following approval of the application or (ii) upon receipt of the Letter of Consent and / or payment before expiry date of the Company's approval, whichever is applicable.

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. 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. Dengan ini saya mengesahkan bahawa selain risalah, ilustrasi jualan dan dokumen berkaitan yang telah diluluskan Syarikat, ejen / FA / FAR tidak memberi sebarang dokumen atau maklumat lain yang mendorong saya untuk membuat kontrak asurans dengan Syarikat anda.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Saya faham dan bersetuju bahawa sebarang permohonan bagi penukaran / peningkatan rider perubatan sedia ada tertakluk kepada Penetapan Bersyarat bagi Tempoh Menunggu: Jika sesuatu Penyakit (30 hari) atau Penyakit Tertentu (120 hari) bermula dari Tarikh Penggantian, perbelanjaan yang layak ditanggung bagi semua manfaat yang diinsuranskan adalah berdasarkan amaun dan had bagi rider perubatan sebelumnya seperti dinyatakan dalam Jadual Manfaat lama, serta terma dan syarat rider perubatan lama.
7. Saya telah membaca dengan sepenuhnya dan memahami segala kandungan, amaran serta nasihat yang terkandung dalam borang permohonan ini.
8. Saya telah membaca dan memahami sepenuhnya Notis Perlindungan Data di atas dan saya bersetuju bahawa Syarikat boleh memproses maklumat peribadi dengan cara yang dinyatakan dalam Notis di atas.

Policy No.

No. Polisi

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

G . DECLARATION AND AUTHORISATION BY THE LIFE ASSURED AND POLICY OWNER**PENGISYTIHARAN DAN KEBENARAN OLEH HAYAT YANG DIASURANSKAN DAN PEMILIK POLISI**

9. 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.
10. Saya bersetuju bahawa untuk sebarang kemasukan IL Comprehensive Accident Benefits Xtra Rider U74 dan / atau IL Accidental Death and Dismemberment Benefits Rider U72, caj insurans bagi kemasukan IL Comprehensive Accident Benefits Xtra Rider U74 dan / atau IL Accidental Death and Dismemberment Benefits Rider U72 akan berkuat kuasa daripada tarikh ulang tahun polisi terakhir dan Jumlah Nilai Pelaburan akan diselaraskan dengan sewajarnya. Walaubagaimanapun, perlindungan di bawah rider ini hanya akan bermula daripada (i) tarikh caj risiko yang berikutnya selepas permohonan diluluskan atau (ii) selepas menerima Surat Kebenaran dan / atau pembayaran sebelum tarikh luput bagi kelulusan daripada syarikat, mana yang berkenaan.

Dated at _____

Ditandatangani di _____

		/			/				
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. No. Tel: _____

**Policy Owner gives consent as trustee, if applicable.

**Pemilik Polisi memberi kebenaran sebagai pemegang amanah, jika berkenaan.

--

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.

--

Signature of ***Assured

Tandatangan ***Asured

Name Nama: _____

NRIC No.: _____

No.KP

Tel No. No. Tel: _____

***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. No. Tel: _____

+ 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.

Policy No.

No. Polisi

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

H. 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.

--

Signature of the *Agent / the FAR / Officer

Tandatangan *Ejen / WPK / Pegawai

A/C No

No. Akaun

Name

Nama

If signed by FAR, please state the name of FAR's FA

Jika ditandatangani oleh WPK, sila nyatakan nama PK

I. 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. No. Tel: _____

Tel No. No. Tel: _____

Tel No. No. Tel: _____

*Please delete whichever not applicable

*Potong yang mana tidak berkenaan

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 policy owner), or where there is no surviving parent, the public trustee shall be the trustee of the policy.

Nota: Jika polisi diserahkan hak 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.

This page is intentionally left blank