

HEALTH WARRANTY WARANTI KESIHATAN



Group Policy/Scheme No. *No. Polisi/Skema Berkelompok* _____

New NRIC No. *No. KP Baru* - -

Old NRIC/BC/Passport No. *No. KP Lama/Sijil Kelahiran/Pasport*

Name of Life Assured *Nama Hayat yang Diasuranskan* _____

IMPORTANT NOTICE: You are to disclose in this application form fully and faithfully all facts which you know or ought to know, otherwise the application may be invalidated. If you are in any doubt about whether certain facts are material, these facts should be disclosed.
NOTIS PENTING: Anda dikehendaki menyatakan di dalam borang permohonan ini semua fakta penting secara lengkap dan benar yang anda tahu atau seharusnya tahu. Sekiranya tidak, permohonan ini mungkin akan dibatalkan. Sekiranya anda rasa ragu-ragu tentang sama ada fakta-fakta tertentu itu penting, fakta-fakta itu mesti didedahkan.

Policy Lapsed on *Polisi Luput Pada* _____

Present Occupation Life Assured *Pekerjaan Semasa Hayat yang Diasuranskan* _____

Nature of Work *Jenis Pekerjaan* _____

Name of Assured (if different from Life Assured) *Nama Asured (jika lain dari Hayat yang Diasuranskan)* _____

Present Occupation of Assured *Pekerjaan Semasa Asured* _____

Nature of Work *Jenis Pekerjaan* _____

Life Assured <i>Hayat yang Diasuranskan</i>	
Height <i>Tinggi</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Weight <i>Berat</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Assured / <i>Asured</i>	
Height <i>Tinggi</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm
Weight <i>Berat</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg

I/We the undermentioned Life Assured/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 following statements and in accordance with the terms and conditions stated below. That since the time of the original proposal which formed the basis of the said Policy: Saya/Kami Hayat Yang Diasuranskan/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 bawah. Dari cadangan asal yang menjadi asas Polisi yang disebutkan:

Please tick accordingly *Sila tandakan yang berkenaan*

	Life Assured <i>Hayat Yang Diasuranskan</i>		Assured <i>Asured</i>	
	YES <i>YA</i>	NO <i>TIDAK</i>	YES <i>YA</i>	NO <i>TIDAK</i>
(1) Has any application or renewal made by you for Life, Living Assurance/Critical Illness/Dread Disease, Accident, Disability and Medical/Health insurances been declined, postponed, withdrawn, restricted or accepted at other than normal terms? <i>Pernahkah permohonan atau pembaharuan yang dibuat oleh anda untuk Insurans Hayat, Insurans Penyakit Kritikal/Penyakit Berbahaya, Kemalangan, Ketidakupayaan dan Insurans Perubatan/Kesihatan ditolak, ditangguh, ditarik semula, ditahapkan atau diterima dengan syarat-syarat tertentu?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Is your life now assured? If "YES", please state the Name of Company, Type of Policy, Policy No, Assured Amount. (Note: "Type of Policy" includes but is not limited to Life, Accident, Dread Disease, Disability, Medical/Health insurances) Adakah Hayat anda sekarang dilindungi? <i>Sekiranya "YA", sila nyatakan Nama Syarikat, Jenis Polisi, No. Polisi, Jumlah Asuran.</i> (Note: "Jenis Polisi" termasuk dan tidak terhad kepada Insurans Hayat, Kemalangan, Penyakit Kritikal, Ketidakupayaan, Perubatan/Kesihatan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Have you changed your sporting activities? <i>Adakah anda menukar aktiviti sukan anda?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Have you begun or have been medically advised to begin a course of medication or undergo further diagnostic/laboratory tests and/or surgical operation or have you been advised or required to be hospitalised in connection with any disease, sickness or accident or on observation or treatment not of a routine nature? <i>Adakah anda telah atau pernah dinasihat untuk menjalani rawatan perubatan atau dikehendaki menjalani pemeriksaan diagnostik/makmal dan/atau prosedur pembedahan atau dinasihatkan dimasukkan ke hospital berkaitan dengan sebarang penyakit, kesakitan atau kemalangan atau dalam pemerhatian ataupun rawatan yang lebih lanjut?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Have you or your spouse ever been tested for or received medical advice, counselling or treatment in connection with AIDS or infection with any Human Immunodeficiency Virus (HIV) or AIDS related conditions? <i>Pernahkah anda atau suami/isteri anda diuji atau menerima nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan AIDS atau dijangkiti mana-mana Virus Kurang Daya Tahan Penyakit (HIV) atau keadaan yang berkaitan dengan AIDS?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Are you in good health and of temperate habits? If "NO", please give details <i>Adakah anda bebas daripada sebarang jenis penyakit dan berkeadaan sihat? Jika "Tidak", sila nyatakan butir-butir</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Are you currently receiving any medical treatment and/or suffering from physical impairment or infirmity, congenital abnormality or poor health? <i>Adakah anda sekarang menerima sebarang rawatan perubatan dan/atau mengalami kecacatan fizikal atau tidak berdaya atau lemah, keabnormalan bawaan atau tahap kesihatan yang rendah?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Have you ever been treated for or have been told of having any illness, disease or injury? <i>Pernahkah anda dirawat atau diberitahu mengenai sebarang penyakit atau kecederaan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) (a) Have you ever smoked in the past 12 months? <i>Pernahkah anda merokok dalam tempoh 12 bulan yang lalu?</i> (b) Do you now smoke? <i>Average daily use Adakah anda merokok sekarang? Kegunaan purata sehari:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) Do you consume beer, wine or other alcohol? <i>Average daily consumption Adakah anda meminum bir, wain atau minuman beralkohol yang lain? / Pengambilan purata sehari:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) FAMILY HISTORY SEJARAH KELUARGA				
(a) Has any of your parents, brothers or sisters ever suffered from (i) diabetes (ii) heart disease (iii) high blood pressure (iv) stroke (v) epilepsy (vi) mental disorder (vii) tuberculosis (viii) cancer (ix) kidney disease (x) paralysis or (xi) hereditary disease. If "YES", to indicate name of illness and age onset of the said illness below <i>Pernahkah ibubapa dan adik-beradik anda mengidap penyakit (i) diabetes (ii) sakit jantung (iii) darah tinggi (iv) strok (v) sawan babi (vi) gangguan mental (vii) tuberkulosis (viii) kanser (ix) penyakit buah pinggang (x) paralysis atau (xi) apa-apa penyakit keturunan? Jika "YA", sila nyatakan penyakit dan umur penyakit itu bermula di bawah</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) If DECEASED, please indicate age and cause of death <i>Jika telah MENINGGAL, sila nyatakan umur dan sebab kematian.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) FOR FEMALE ONLY UNTUK WANITA SAHAJA				
(a) Are you now pregnant? If "YES" _____ months. <i>Adakah anda hamil sekarang? Jika "YA", _____ bulan.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Have you ever had a miscarriage, difficult labour, caesarian section or any complication in previous pregnancies? <i>Pernahkah anda mengalami keguguran, kerumitan bersalin, pembedahan caesarian atau sebarang kerumitan semasa hamil dahulu?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Have you ever had any lump in your breast(s) or had undergone any breast mammogram or any form of screening test/blood test for cancer risk particularly to your breast and/or reproductive system? If "YES", please submit a copy of the laboratory or medical report. <i>Pernahkah anda mengalami gumpalan pada buah dada atau menjalani sebarang mamogram buah dada, atau sebarang ujian pemeriksaan buah dada dan/atau sebarang ujian pemeriksaan darah untuk risiko kanser? Jika "YA", sila kepilkan salinan laporan makmal.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GHI-FHWO0-V02-012012

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

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

If any of the above answer(s) is/are "YES" (except Question No. 6), please indicate the Question No and provide full relevant details of the same: *Sekiranya sebarang jawapan di atas adalah "YA" (kecuali No Soalan 6), sila nyatakan No Soalan dan berikan butir-butir:*

I/We hereby declare that I/we have read the application or the same was interpreted to me/us and the answers entered in the application are mine/ours and I/we hereby warrant and certify each of the above answers to be fully complete and true, and I/we agree that they shall be taken as the basis of the proposed reinstatement. *Saya/Kami dengan ini mengakui bahawa saya/kami telah membaca permohonan atau telah diterangkan kepada saya/kami dan jawapan yang diberikan di dalam permohonan adalah jawapan saya/kami dan saya/kami mengakui bahawa jawapan di atas adalah lengkap dan benar, dan saya/ kami bersetuju bahawa akuan ini dan jawapan yang diberikan akan menjadi asas pengembalian semula polisi yang dicadangkan.*

And I/we have given to your agent no other information in connection with this application form, except that written on or attached to this application form; and I/we hereby confirm that save for the relevant sales brochures, sales illustrations and documents duly authorised by the Company, your agent have not given me/us any document or information to induce me/us to enter into a contract of assurance with your Company. *Saya/Kami telah memberikan kepada ejen tiada lain maklumat berkenaan dengan borang cadangan, melainkan yang bertulis atau yang diampirkan kepada borang cadangan ini, dan saya/kami mengesahkan bahawa selain risalah, dan dokumen berkenaan yang diiktiraf oleh Syarikat, ejen tidak memberi sebarang dokumen atau maklumat untuk mempengaruhi saya/kami untuk masuk dalam kontrak insurans dengan Syarikat anda.*

I/We hereby authorise any physician, hospital, clinic, insurance company, organisation or institution, that has any records or knowledge of me/us or my/our health, to disclose to the Company or its representative any information about me/us, my/our health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment, and I/we authorise the Company and its representative to give and release any such information to any party it deems appropriate. A photocopy of this authorisation shall be as effective and valid as the original. *Saya/kami membenarkan mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans, organisasi atau institusi yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang diri atau kesihatan saya/kami untuk menyatakan sebarang informasi tentang saya/kami kepada Syarikat atau wakilnya mengenai kesihatan dan sejarah perubatan saya/kami dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan atau penyakit dan saya/kami membenarkan Syarikat dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan apa-apa maklumat kepada mana-mana pihak yang dirasakan wajar. Salinan pemberian kuasa ini adalah sama dan diperakui sah seperti dokumen asalnya.*

I/We hereby authorise the Company to hold, use and disclose any personal information provided to the Company (whether contained in this Proposal Form or otherwise) to its group of companies, agents or any business associate for the purpose of offering financial planning, products and/or services and to communicate with me/us for such purposes (for information, please log on to www.greasternlife.com and read the Company's Client Charter And Privacy Policy or contact the Company's sales agent for a copy). *Saya/Kami dengan ini membenarkan Syarikat untuk memegang, menggunakan dan mendedahkan sebarang maklumat peribadi yang diberikan kepada Syarikat (sama ada yang terkandung di dalam Borang Cadangan ini atau sebaliknya) kepada kumpulan Syarikatnya, ejen-ejenya atau rakan perniagaannya untuk tujuan menawarkan perancangan kewangan, produk dan/atau perkhidmatan dan untuk menyampaikan kepada saya/kami untuk tujuan sedemikian (untuk sebarang maklumat, sila layari laman web www.greasternlife.com dan bacalah Piagam Pelanggan Dan Polisi Persendirian Syarikat atau hubungi ejen jualan Syarikat untuk mendapat salinan).*

Dated at _____ the _____ day of month _____ in the year _____
Ditandatangani di _____ pada _____ bulan _____ tahun _____

Signature of Life Assured
 (As in Great Eastern Life's records)
Tandatangan Hayat yang Diasuranskan (Seperti di dalam rekod Great Eastern Life)

Name *Nama* _____

BC/NRIC No (New)
No. Surat Beranak/KP (Baru)

NRIC No. (Old)
No. KP (Lama)

Revived By *Dihidupkan semula oleh* _____

Signature of Assured
 (As in Great Eastern Life's records)
Tandatangan Assured (Seperti di dalam rekod Great Eastern Life)

Name *Nama* _____

BC/NRIC No (New)
No. Surat Beranak/KP (Baru)

NRIC No. (Old)
No. KP (Lama)

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

Signature of Witness
 (Nominees cannot be the Witness)
Tandatangan Saksi (Penaam tidak boleh menjadi Saksi)

Name *Nama* _____

NRIC No *No. KP* _____

Address *Alamat* _____

Reinstatement is not allowed for:
 (1) Policy which has lapsed more than 3 years for Whole Life and Endowment policies, and 6 months for Term policies.
 (2) Female Life Assured/Assured who is pregnant 8 months and above.
 (3) Life Assured/Assured who has attained age 60 next birthday and above, but may be considered on a case-by-case basis.

Pengembalian semula tidak dibenarkan untuk:
 1) Polisi yang telah luput lebih dari 3 tahun untuk polisi Seumur Hidup dan Endowment, dan 6 bulan untuk polisi Asurans Bertempoh
 2) Hayat yang Diasuranskan / Assured wanita yang hamil 8 bulan dan ke atas
 3) Hayat yang Diasuranskan / Assured yang mencapai umur 60 tahun dan ke atas pada harijadi akan datang, tetapi ia boleh diperimbangkan mengikut kes-kes tertentu.

The Company reserves the right to request for further medical requirements in addition to the ones mentioned above, and expenses will be borne by the applicant.
Pihak Syarikat berhak untuk meminta syarat-syarat perubahan tambahan kepada yang disebutkan di atas, dan pertelaan akan ditanggung oleh pemohon.

Terms and Conditions:
 1. A lapsed policy is not effectively reinstated until the reinstatement application has been duly approved and notified by the Company.
 2. The tender of any premium consideration to and the acceptance thereof, irrespective of whether or not any receipt is issued otherwise, by any agent and/or officer of the Company in an application to reinstate a lapsed policy shall not constitute an acceptance and approval by the Company to reinstate the lapsed policy.
 3. The reinstatement of a lapsed policy is subject to the absolute discretion of the Company based upon satisfactory evidence of insurability.
 4. The Company is not at any risk of any liability whatsoever while the policy is in a lapsed state pending the due satisfactory evidence of insurability.
 5. For the avoidance of doubt, it is expressly declared and agreed that upon the effective reinstatement of the policy, the effective date of the (i) Indisputability and Suicide provisions contained in the policy Privileges and Conditions and (ii) waiting Period stipulated in the Living Assurance Policy or rider(s), shall commence again from the date the policy is reinstated. All the other provisions of the policy shall remain unchanged and fully effective.

Terma dan Syarat - syarat:
 1. Polisi yang luput tidak akan dikembalikan semula sepenuhnya sehingga permohonan pengembalian semula telah diluluskan dan diberitahu oleh Syarikat.
 2. Penyerahan dan penerimaan premium oleh mana-mana ejen dan/atau pegawai syarikat sama ada resit dikeluarkan atau tidak, di dalam permohonan untuk mengembalikan semula polisi yang luput tidak bermakna Syarikat menerima dan meluluskan untuk mengembalikannya semula polisi yang luput.
 3. Pengembalian semula polisi yang luput tertakluk kepada budi bicara Syarikat yang bergantung kepada buktinya kebolehsuportan yang meyakinkan.
 4. Syarikat tidak mempunyai apa-apa risiko ke atas liabiliti semasa polisi di dalam keadaan luput sementara menunggu kelulusan dan pemberitahuan permohonan pengembalian semula polisi.
 5. Untuk mengelakkan keraguan, dengan ini dinyatakan dan disetujui bahawa apabila polisi dikembalikan semula, tarikh berkuatkuasa (i) peruntukan Ketidaktepatan dan Bunuh Diri seperti yang terkandung di dalam Kaedah dan Syarat-Syarat dan (ii) tempoh bertunggu yang terkandung dalam polisi atau manfaat polisi Living Assurance, akan bermula dari tarikh polisi dikembalikan semula. Semua peruntukan lain polisi tidak berubah dan berkuatkuasa sepenuhnya.

ATTENTION: THIS REINSTATEMENT IS SUBJECT TO THE TERMS AND CONDITIONS STATED ABOVE.
PERHATIAN: PENGEMBALIAN SEMULA INI TERTAKLUK KEPADA TERMA-TERMA DAN SYARAT-SYARAT YANG DINYATAKAN DI ATAS.

For Office Use Only / Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja <input type="checkbox"/> On Original Terms <i>Mengikut Terma Asal</i> <input type="checkbox"/> Subject to _____ <i>Tertakluk kepada _____</i> <input type="checkbox"/> HW is not properly completed and witnessed <i>WK tidak diisi dengan sempurna dan tiada saksi</i>	Data entry date <i>Tarikh data dimasukkan</i>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	Checklist - For Seving Use <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Height & Weight <input type="checkbox"/> Family History <input type="checkbox"/> Health Impairment <input type="checkbox"/> LIA Exist
	<input type="checkbox"/> LME is required <i>LME diperlukan</i>	<input type="checkbox"/> Signature differs <i>Tandatangan berbeza</i>	
	<input type="checkbox"/> Revival NOT APPROVED <i>Pengembalian semula TIDAK DILULUSKAN</i>		