





**PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED (Please use block letters) BUTIR-BUTIR HAYAT YANG DIASURANSKAN (Silalahgunakan huruf besar)**

Mailing Address *Alamat Surat-Menyurat*

Postcode <i>Poskod</i>					Town <i>Bandar</i>				
Country <i>Negara</i>									

Name & Address of Member's Employer *Nama & Alamat Majikan Ahli*

Postcode <i>Poskod</i>					Town <i>Bandar</i>				
Country <i>Negara</i>									

Pay Mode *Mod Bayaran*

Monthly *Bulanan*

Existing <i>Sedia ada</i>	+	New <i>Baru</i>	=	Total <i>Jumlah</i>
RM <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Monthly Contribution <i>Caruman Bulanan</i>				
Current Sum Assured applied <i>Jumlah Asurans dipohon</i>				
<input type="text"/>				
Hospital Benefit <i>Manfaat Hospital</i>				
<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>				
Hospital Benefit Sum Assured <i>Jumlah Asurans Manfaat Hospital</i>				<input type="text"/>

**BENEFICIAL OWNER (To be completed by member) PEMUNYA BENEFISIAL (Dilengkapi oleh ahli)**

Are you (Proposer) the beneficial owner who ultimately owns and/or has effective control over this proposed assurance? *Adakah anda (Pencadang) pemunya benefisial yang memiliki dan/atau mempunyai kuasa sepenuhnya terhadap asurans yang dicadangkan ini?*  YES *YA*  NO *TIDAK*

If the answer is "NO", please complete the Questionnaire On Beneficial Owner and submit it along with a Statutory Declaration signed by the beneficial owner. Please contact the Authorised Representative for a copy each of the Questionnaire On Beneficial Owner and the Statutory Declaration. *Jika jawapan adalah "TIDAK", silalah lengkapkan Soal Selidik Pemunya Benefisial dan hantar bersama-sama dengan Akuan Berkanun yang ditandatangani oleh pemunya benefisial. Silalah hubungi Wakil yang Dibenarkan bagi salinan Soal Selidik Pemunya Benefisial dan Akuan Berkanun.*

**FURTHER PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED \* Delete whichever is not applicable BUTIR-BUTIR LANJUT ORANG YANG DIASURANSKAN \* Potong yang mana tidak berkenaan**

Life to be Assured *Hayat yang Diasuranskan*  
Yes *Ya* No *Tidak*

1. 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 menanggung kecacatan fizikal atau kecacatan fizikal, abnormal kongenital atau tahap kesihatan yang rendah.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever suffered or sustained any illness or injury, or been advised to undergo any diagnostic tests such as X-ray, MRI, mammography, electrocardiogram, CT scanning, echo or ultrasonogram, biopsy, blood or urine studies or are you currently under observation or taking any medicine or drugs whether prescribed by a doctor or not or receiving any treatment not of a routine nature or are you aware of any symptoms or sign that may indicate a disorder or been hospitalized, or have had or been advised to have any surgical operation? <i>Pemahkah anda menghidapi atau mengalami sebarang penyakit atau kecederaan, atau dinasihatkan untuk menjalani apa-apa ujian diagnostik seperti X-ray/MRI, mamografi, elektrokardiogram, CT scan, geima atau ultrasonogram, biopsy, ujian darah atau air kencing atau anda pada ketika ini berada dibawah pemerhatian atau mengambil sebarang ubat-ubatan atau menerima apa-apa rawatan sama ada disarankan oleh doktor atau tidak atau anda sedar tentang apa-apa tanda yang menunjukkan sebarang gangguan atau dimasukkan ke hospital dinasihatkan atau pernah dinasihatkan untuk menjalani sebarang pembedahan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever suffered from or been treated for or been told that you have any <i>Pemahkah anda menghidap, dirawat atau diberitahu yang anda mempunyai:-</i>		
(a) Disease of the brain or nervous system e.g. convulsion paralysis, insanity, mental disorder or other psychiatric illnesses <i>Penyakit pada otak atau sistem saraf contoh lumpuh kejang, gila, gangguan mental atau sebarang penyakit psikiatrik.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Disease of the lungs e.g. persistent coughs, asthma, spitting of blood, pleurisy, tuberculosis, bronchitis or pneumonia or other respiratory disease; <i>Penyakit pada paru-paru contoh batuk yang kerap, asma, muntah darah, radang paru-paru, batuk kering, radang salur bronkus atau radang paru-paru atau sebarang penyakit melibatkan sistem pernafasan.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Disease of the cardiovascular system e.g. rheumatic fever, heart attack, stroke, coronary artery disease, palpitations, chest pains, breathlessness, hypotension or hypertension, raised cholesterol; <i>Penyakit pada sistem kardiovaskular contoh demam rheumatic, serangan jantung, strok, penyakit salur koronari, palpitasi, sakit dada, sesak nafas, darah tinggi atau hipertensi, kenaikan kolesterol.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Disease of the digestive system e.g. gastric ulcers, gall bladder or liver disease, Hepatitis B or C, alcoholism, fulminant hepatitis, colics; <i>Penyakit sistem penghadaman contoh gastric, ulser, pundi kencing atau penyakit hati, hepatitis B atau C, ketagihan alcohol, hepatitis fulminan, kolik;</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Disease of the urogenital system e.g. kidney stones, inflammation of the kidneys, renal or bladder disorder, diabetes or abnormal urine such as bloody, sugary or turbid urine; <i>Penyakit sistem saluran kencing contoh batu karang pada buah pinggang, inflamasi, radang buah pinggang, kerosakan pundi kencing atau ginjal, kencing manis atau kencing tidak normal seperti kencing berdarah, bergula atau karuh.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FURTHER PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED * Delete whichever is not applicable BUTIR-BUTIR LANJUT ORANG YANG DIASURANSKAN * Potong yang mana tidak berkenaan	Life to be Assured Hayat yang Diasuranskan	
	Yes	No
(f) Cancer, cysts, growths or tumour of any kind; <i>Kanser, sista, ketumbuhan; atau sebarang jenis tumor;</i> (g) Complaint of the eyes, ears, throat or nose <i>Aduan pada mata, telinga, saluran tekak atau hidung</i> (h) Sexually transmitted diseases e.g. gonorrhoea, syphilis, chancre or other sores including genital sores or discharges; <i>Penyakit yang disebabkan oleh persetubuhan contoh penyakit gonorrhoeas, sifilis, gangrene atau radang termasuk radang genital atau kumuhan</i> (i) Disorder or disease of the muscles, skin, glands, bones, joints or limbs including arthritis, gout, backache or spine disorder; <i>Gangguan atau penyakit pada otot, kulit, liang-liang, tulang, sendi atau limpatik termasuk arthritis, gout, sakit belakang atau gangguan tulang belakang.</i> (j) Blood disorders <i>Gangguan sistem darah</i> (k) Physical impairments, deformities, injury or any other illnesses or diseases not mentioned herein? <i>Kecacatan jasmani, atau sebarang penyakit lain yang tidak disebut di atas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have any of your parents, brothers or sister suffered from the above disabilities? <i>Adakah ibubapa atau adik beradik anda pernah menghidap atau dirawat sebarang penyakit di atas?</i>	<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>Adakah anda atau pasangan anda pernah diuji untuk atau menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan yang berkaitan dengan AIDS atau jangkitan daripada Human Immunodeficiency Virus (HIV).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you or your spouse at any time in the past three months, had any of the following symptoms for more than one week continuously: Persistent and unexplained fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? <i>Pernahkah anda dan pasangan anda dalam jangkamasa tiga bulan yang lepas mengalami sebarang gejala yang berikut untuk lebih dari satu minggu secara berterusan: Kepenatan yang berpanjangan dan tidak dapat dijelaskan, kehilangan berat badan, cirit-birit, pembesaran nodus limfa atau lesi kulit luar biasa?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Are you involved in any business, sport, or occupation that is dangerous or do you have any intention to do so? <i>Adakah anda terlibat atau bertujuan untuk melibatkan diri dalam sebarang perniagaan, sukan atau pekerjaan yang membahaya?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Have you ever used morphine, opium or other drugs or have been under treatment for drug abuse? <i>Pernahkah anda menggunakan morfin, candu atau sebarang dadah atau pernah dirawat kerana penyalahgunaan dadah?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 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) <i>Adakah hidup anda sekarang diasuranskan? Jika ya, sila nyatakan nama syarikat, jenis polisi, nombor polisi dan nilai asurans. (nota: "jenis polisi" termasuk tetapi tidak terhad untuk insurans hayat, kemalangan, penyakit kritikal, hilang upaya, perubatan/kesihatan)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 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 untuk asurans hayat anda ditolak, ditunda, dikenakan premium yang lebih tinggi atau diubahsuai oleh mana-mana syarikat insurans termasuklah Great Eastern?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. <b>FOR FEMALE ONLY UNTUK WANITA SAHAJA</b> (a) Are you now pregnant? Adakah anda sedang mengandung? If "Yes" Jika "ya" <input type="text"/> months bulan (b) Have you ever had a miscarriage, difficult labour, caesarian section or any complications in previous pregnancies? <i>Pernahkah anda mengalami keguguran, kesulitan bersalin, pembedahan Caesarian atau sebarang komplikasi semasa hamil dahulu?</i> (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 mempunyai sebarang ketulan pada payudara atau sebarang ujian tapisan/ujian darah untuk risiko kanser berkaitan payudara anda dan/atau sistem reproduksi? Jika "ya" sila hantarkan salinan laporan makmal atau laporan perubatan.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 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. <i>Adakah terdapat mana-mana keadaan lain yang tidak diberitahu dimana-mana didalam borang cadangan ini yang boleh menyebabkan asurans ke atas hayat anda lebih bahaya dari kebiasaan? Jika anda di dalam keraguan tentang sama ada sesuatu keadaan adalah lebih dari kebiasaan, keadaan ini hendaklah diberitahu.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Are you, at the point of proposal of this assurance, currently in gainful employment and performing all the usual and customary duties on a regular full-time basis? If "No", please give details: <i>Adakah anda, semasa permohonan asurans ini, mempunyai pekerjaan yang menguntungkan dan melakukan semua tugas biasa dan lazim secara tetap sepenuh masa? Jika "Tidak", sila beri keterangan:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Have you ever smoked in the last 12 months? If "Yes", <input type="text"/> cigarettes/cigar per day <i>Pernahkah anda merokok dalam 12 bulan yang lepas? Sekiranya "Ya", <input type="text"/> batang sehari</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Do you consume alcoholic drinks? If "Yes" state average weekly consumption: <i>Adakah ada meminum alkohol? Jika "Ya" nyatakan jumlah purata mingguan:</i> Beer/Stout <input type="text"/> <input type="text"/> small bottles      Wine <input type="text"/> <input type="text"/> glasses      Whiskey/brandy/others <input type="text"/> <input type="text"/> pegs <input type="checkbox"/> Social <i>Bir/Stout <input type="text"/> <input type="text"/> botol kecil      Wain <input type="text"/> <input type="text"/> gelas      Wiski/brandi/lain-lain <input type="text"/> <input type="text"/> pegs      Sosial</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If the Answer to any of the Questions 1 to 12 is "Yes", please indicate Question Number and provide full relevant details below e.g. types of pursuits, diagnosis, dates, duration of illness or injury, names and addresses of all attending physicians and medical institutions (please attach separate sheet/s if needed). Sekiranya jawapan kepada mana-mana soalan 1 hingga 12 adalah "Ya", sila nyatakan nombor soalan dan segala butiran yang berkaitan contoh jenis rawatan yang dijalankan, tarikh, jangkamasa penyakit atau kecederaan, nama dan alamat semua pakar perubatan dan institusi perubatan yang telah dihadiri (sila lampirkan helaian yang berasingan jika perlu).

**EXCLUSIONS FOR CRITICAL ILLNESS (For Special Promotion only) PENGEQUALIAN BAGI PENYAKIT KRITIKAL (Bagi Promosi Khas sahaja)**

No claim arising from any pre-existing illness is payable within the first 2 years of commencement of the insurance. *Tiada pampasan akan dibayar untuk sebarang penyakit sedia ada dalam tempoh 2 tahun pertama asurans berkuatkuasa.*

However, if you disclose any pre-existing critical illness in this proposal form and a claim on Death Benefit or Total Permanent Disability Benefit arises in the first 2 years of commencement of the insurance due to any disclosed pre-existing critical illness, 50% of the Death Benefit or Total Permanent Disability Benefit is payable. Full claim on Death Benefit or Total Permanent Disability Benefit is payable after 2 years of commencement of the insurance. *Walaupun bagaimanapun, sekiranya anda menyatakan segala penyakit kritikal sedia ada di dalam borang cadangan ini dan tuntutan Manfaat Kematian atau Hilang Upaya Kekal akibat sebarang penyakit kritikal sedia ada tersebut dikemukakan dalam tempoh 2 tahun pertama asurans berkuatkuasa, 50% dari manfaat kematian atau Hilang Upaya Kekal boleh dibayar. Jumlah penuh Manfaat Kematian atau Hilang Upaya Kekal hanya boleh dibayar selepas 2 tahun asurans berkuatkuasa.*

No Critical Illness Benefit is payable for any claim arising from any disclosed or undisclosed pre-existing critical illness; or any critical illness diagnosed in the first 60 days from salary /commission/bank account deduction or from the date of receipt of this proposal form by Great Eastern after premium deduction, whichever is earlier. *Tiada Manfaat Penyakit Kritikal yang boleh dibayar untuk segala tuntutan yang dikemukakan oleh sebab penyakit kritikal sedia ada yang dinyatakan atau tidak dinyatakan; ataupun penyakit kritikal yang didiagnoskan dalam tempoh 60 hari pertama dari tarikh potongan gaji/komisen/potongan akaun bank atau dari tarikh Great Eastern menerima borang cadangan ini selepas potongan premium, yang mana terdahulu.*

**FOR CHILD-DEATH AND TOTAL AND PERMANENT DISABILITY (due to natural/illness)**

**UNTUK ANAK-KEMATIAN DAN HILANG UPAYA TOTAL & KEKAL (akibat biasa/penyakit)**

Upon the death of the Assured Child who is 5 years (age next birthday) or older at the time of his death, the Basic Sum Assured under this policy will be payable in full. In the case of death of an Assured Child below the age of 5 years (age next birthday) at the time of his death, the Basic Sum Assured payable under the policy shall be reduced in accordance with the age next birthday of the Assured Child. The Basic Sum Assured under the Policy will be payable in one lump sum in accordance with the following table: *Sekiranya berlaku kematian ke atas Anak Yang Diasuranskan ketika umurnya 5 tahun (umur pada ulang tahun akan datang) atau lebih pada masa kematian, Jumlah Asurans Asas Polisi ini akan dibayar dengan penuh. Dalam keadaan di mana kematian Anak Yang Diasuranskan berlaku ketika umurnya di bawah 5 tahun (umur pada ulang tahun akan datang), Jumlah Asurans Asas Polisi ini akan berkurangan berdasarkan kepada umur Anak Yang Diasuranskan pada ulang tahun akan datang. Jumlah Asurans Asas Polisi akan dibayar secara sekaligus berdasarkan jadual di bawah:*

**FOR CHILD-DEATH AND TOTAL AND PERMANENT DISABILITY (due to natural/illness)**

**UNTUK ANAK-KEMATIAN DAN HILANG UPAYA TOTAL & KEKAL (akibat biasa/penyakit)**

Age next birthday Umur pada ulang tahun akan datang	Percentage of Basic Sum Assured Peratusan Jumlah Asurans Asas
1	20%
2	40%
3	60%
4	80%
5	100%

Upon Total Permanent Disability after age 6 of the child, 10% of the Sum Assured of the policy will be advanced and the balance which is 90% will be payable one calendar year later.

*Apabila menghadapi Hilang Daya Upaya Total & Kekal selepas anak berumur 6 tahun, 10% Jumlah Asurans polisi akan dibayar serta merta dan bayaran selebihnya iaitu 90% satu tahun selepas itu.*

**DATA PROTECTION NOTICE NOTIS PERLINDUNGAN DATA**

By submitting this form, you are providing personal information to the Company.

*Dengan menyerahkan borang ini, anda telah memberi maklumat peribadi kepada Syarikat.*

The Company will be processing your personal information provided in this form and/or further information and data that may be required by the Company either from you or from any third parties.

*Syarikat akan memproses maklumat peribadi anda yang dinyatakan dalam borang ini dan/atau maklumat lanjut serta data yang mungkin diperlukan oleh Syarikat sama ada daripada anda atau daripada mana-mana pihak ketiga.*

Your personal information may be used, recorded, stored, disclosed or otherwise processed by or on behalf of the Company (and its successors in title) for the following purposes:

*Maklumat peribadi anda mungkin digunakan, direkodkan, disimpan, didedahkan ataupun diproses oleh Syarikat atau bagi pihak Syarikat (dan penggantinya) bagi tujuan berikut:*

- (a) to carry on insurance business;  
*untuk menjalankan perniagaan insurans; untuk menjalankan perniagaan insurans;*
- (b) any insurance or financial related product or service or any alterations, variations, cancellation or renewal of such product or service;  
*sebarang produk atau perkhidmatan berkaitan insurans atau sebarang pindaan, variasi, pembatalan atau pembaharuan produk atau perkhidmatan sedemikian;*
- (c) research and audit purposes including but not limited to historical and statistical purposes;  
*untuk tujuan penyelidikan dan audit termasuk dan tidak terhad kepada tujuan sejarah dan statistik;*
- (d) any claim or investigation or analysis of such claim;  
*sebarang tuntutan atau penyiasatan atau analisis untuk tuntutan tersebut;*
- (e) to ascertain your claims history in order to improve claims processing and prevent fraudulent claims;  
*memastikan sejarah tuntutan anda, untuk memperbaiki proses tuntutan dan mengelakkan tuntutan palsu;*
- (f) exercising any right of subrogation; and  
*menjalankan sebarang hak subrogasi; dan*
- (g) matching any data held by the Company relating to you from time to time.  
*memadankan sebarang data yang dikekalkan oleh Syarikat berkaitan dengan anda dari semasa ke semasa.*

By submitting this application, you consent and authorize the Company to obtain and verify any information about you from you or from any third parties which the Company may require in connection with your application for any of the Company's insurance products or services. Such consent and authorization herein will extend to any information obtained from any of the insurance policy(ies) presently provided to you, any new application to the Company for insurance, such historical financial or credit records, data or information whether or not provided personally..

*Dengan menyerahkan permohonan ini, anda mengizinkan dan membenarkan Syarikat untuk mendapatkan dan mengesahkan sebarang maklumat berkenaan anda daripada anda sendiri ataupun daripada pihak ketiga yang mungkin diperlukan Syarikat berhubung dengan permohonan anda untuk sebarang produk insurans atau perkhidmatan daripada Syarikat. Keizinan dan kebenaran yang diberi di dalam ini mungkin melibatkan sebarang maklumat yang diperolehi daripada mana-mana polisi insurans sedia ada yang anda miliki, sebarang permohonan baru untuk insurans daripada Syarikat, latar belakang kewangan atau rekod kredit, data atau maklumat sama ada disediakan sendiri atau tidak.*

**DATA PROTECTION NOTICE NOTIS PERLINDUNGAN DATA**

The information that you have provided to the Company is necessary. If you do not provide the Company with the information, the Company may not be able to provide you with insurance or to respond to any claim.

*Maklumat yang anda beri kepada Syarikat adalah diperlukan. Jika anda tidak memberi maklumat tersebut, Syarikat mungkin tidak dapat memberikan insurans kepada anda ataupun menyelesaikan sebarang tuntutan.*

The Company may disclose and/or provide your personal information to the following parties for the purposes stated above:

*Syarikat boleh mendedahkan dan/atau memberi maklumat peribadi anda kepada pihak-pihak berikut bagi tujuan yang dinyatakan di atas:*

- (a) the Company's agents;  
*Wakil yang Dibenarkan Syarikat;*
- (b) the Policyholder and/or its brokers;  
*Pemegang Polisi dan/atau brokernya;*
- (c) third party service providers (who provide administrative, telecommunications, computer, payment, data processing or storage, or other services to the Company in connection with the operation of our business) to fulfill the Company's obligations to you;  
*pihak ketiga yang menyediakan perkhidmatan (pentadbiran, telekomunikasi, komputer, pembayaran, pemprosesan atau penyimpanan data, atau perkhidmatan lain kepada Syarikat berkaitan dengan operasi perniagaan kami) bagi memenuhi tanggungjawab Syarikat kepada anda;*
- (d) insurance carriers, third-party claims adjusters, fraud detection and prevention services, reinsurance companies and insurance industry regulatory authorities;  
*syarikat insurans, penyelarasa tuntutan pihak ketiga, perkhidmatan pengesanan dan pencegahan penipuan, syarikat insurans semula dan pihak berkuasa industri insurans;*
- (e) any credit reference agencies or, in the event of default, any debt collection agencies;  
*sebarang agensi rujukan kredit atau jika gagal membuat bayaran, sebarang agensi pemungut hutang;*
- (f) any insurance rating organizations that collect information about credit history, accident fault, injury description and amounts paid and share it with other insurance companies and others entitled to see it;  
*sebarang organisasi pengedaran insurans yang mengumpul maklumat berkenaan sejarah kredit, punca kemalangan, maklumat kecederaan dan amaun yang dibayar serta berkongsi maklumat dengan syarikat insurans lain dan pihak lain yang berhak melihatnya;*
- (g) any person, who is under a duty of confidentiality and has undertaken to keep such data confidential, which the Company has engaged to fulfill its obligations to you;  
*mana-mana individu yang bertanggungjawab menjaga hal sulit dan telah bersetuju untuk tidak mendedahkan sebarang data sulit, seperti dipertanggungjawabkan Syarikat untuk menunaikan kewajipannya kepada anda;*
- (h) any actual or proposed assignee, transferee, participant or sub-participant of the Company's rights or business,  
*mana-mana penerima, penerima pindahan, peserta atau peserta bersama terhadap hak atau perniagaan Syarikat, sama ada yang sebenar atau dicadangkan;*
- (i) any person to whom the Company is under an obligation to make disclosure under the requirements of any law, rules, regulations, codes of practice or guidelines binding on the Company including, without limitation, any applicable regulators, governmental bodies, or industry recognised bodies such as the Life Insurance Association of Malaysia, and where otherwise required by law; and  
*mana-mana individu apabila Syarikat bertanggungjawab membuat mengikut keperluan sebarang undang-undang, peraturan, pengawalan, kod amalan atau garis panduan yang mengikat ke atas Syarikat, termasuk dan tidak terhad kepada mana-mana badan pengawalan, badan kerajaan, atau badan yang diiktiraf dalam industri seperti Persatuan Insurans Hayat Malaysia dan selainnya menurut undang-undang; dan*
- (j) other companies in the Company's group of companies (for information, please log on to [www.greateasternlife.com](http://www.greateasternlife.com)) including those located outside Malaysia.  
*syarikat lain yang bernaung di bawah kumpulan Syarikat (untuk maklumat lanjut, sila layari [www.greateasternlife.com](http://www.greateasternlife.com)) termasuk yang terletak di luar Malaysia.*

The Company may also disclose your personal information if required to do so by law or in good faith, if such action is necessary to (i) comply with any law enforcement agency requirement, court orders or legal process, or (ii) protect and defend the rights or property of the Company and its group of companies and their users.

*Syarikat juga mungkin mendedahkan maklumat peribadi anda jika diperlukan dari segi undang-undang atau berdasarkan niat mulia, jika diperlukan untuk (i) mematuhi sebarang keperluan agensi penguatkuasaan undang-undang, perintah mahkamah atau proses guaman, atau (ii) melindungi dan mempertahankan hak atau hak milik Syarikat dan kumpulan syarikat serta penggunaannya.*

You may access certain personal information held by the Company based on the applicable data protection laws of Malaysia. You may access your personal information at any time by calling Customer Service Care at 1 3001 300 88. If you have any inquiry or complaint (such as limiting the processing of certain information), you may contact our Privacy Officer at 03 4813 3796.

*Anda boleh mengakses maklumat peribadi tertentu yang disimpan Syarikat berdasarkan undang-undang perlindungan data berkenaan di Malaysia. Anda boleh mengakses maklumat peribadi anda pada bila-bila masa dengan menghubungi Customer Service Care di 1 3001 300 88. Sekiranya terdapat pertanyaan atau aduan (seperti had dalam pemprosesan maklumat tertentu), anda juga boleh menghubungi Pegawai Persendirian kami di 03 48133796.*

The Company may charge a reasonable fee for access. If you can show that the personal information held by the Company is not accurate, complete and up to date, the Company will take reasonable steps to ensure it is accurate, complete and up to date upon receiving your verification/feedback. Syarikat berhak mengenakan bayaran berpatutan untuk pemberian akses. Jika anda boleh menunjukkan bahawa maklumat peribadi yang disimpan oleh Syarikat tidak tepat, tidak lengkap dan tidak terkini, Syarikat akan mengambil langkah sewajarnya bagi memastikan ia tepat, lengkap dan terkini selepas menerima pengesahan/maklumbalas anda.

For more information on how the Company deals with your personal data, please log on to [www.greateasternlife.com](http://www.greateasternlife.com) and read the Company's Client Charter and Privacy Policy or contact the Company's Agent for a copy.

*Untuk maklumat lanjut berkenaan bagaimana Syarikat menggunakan data peribadi anda, sila layari [www.greateasternlife.com](http://www.greateasternlife.com) dan baca Piagam Pelanggan Syarikat dan Polisi Privasi atau hubungi Wakil yang Dibenarkan bagi mendapatkan salinan.*

The Company may review and update this Data Protection Notice from time to time to reflect changes in the law, changes in the Company's business practices, procedures and structure, and changes in the community's privacy expectations. It is not generally feasible to notify you of changes to this Data Protection Notice and as such, you can contact the Company's Privacy Officer to obtain the latest version of the Data Protection Notice at any time.

*Syarikat boleh menyemak semula dan mengemaskini Notis Perlindungan Data ini dari semasa ke semasa untuk menggambarkan perubahan undang-undang, perubahan amalan, prosedur dan struktur perniagaan Syarikat serta perubahan dalam jangkaan persendirian masyarakat. Secara amnya, kami mungkin tidak dapat memaklumkan perubahan ke atas Notis Perlindungan Data ini, oleh itu, anda boleh menghubungi Pegawai Persendirian Syarikat untuk mendapatkan versi terbaru Notis Perlindungan Data pada bila-bila masa.*

By signing this form you consent to such use of your personal information including sensitive personal data.

*Dengan menandatangani borang ini, anda membenarkan penggunaan maklumat peribadi anda termasuklah data peribadi yang sensitif.*

**DECLARATION AND AUTHORISATION BY LIFE TO BE ASSURED AND MEMBER**  
**PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA OLEH HAYAT YANG DIASURANSKAN DAN AHLI**

I/We 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 insurance(s) issued pursuant to this proposal form.

*Dengan ini saya/kami mengisytiharkan dan bersetuju dengan yang berikut bagi pihak diri sendiri, sebarang orang atau entiti yang mempunyai atau menuntut sebarang faedah dalam insurans yang dikeluarkan menurut borang permohonan ini.*

I/We hereby authorize any doctor, medical practitioner, physician, hospital, laboratory, surgeon, nurse, medical staff, clinic, insurance company, organization 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, medical history and any hospitalization, advice treatment, disease or ailment, and I/we authorize 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 authorization shall be effective and valid as the original.

*Dengan ini saya/kami membenarkan mana-mana doktor, pengamal perubatan, pakar perubatan, hospital, makmal, pakar bedah, jururawat, kakitangan perubatan, klinik, syarikat insurans, organisasi atau institut yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan berkenaan saya/kami atau kesihatan saya/kami, untuk mendedahkan sebarang maklumat kepada Syarikat atau wakilnya berkenaan saya/kami, kesihatan saya/kami, sejarah perubatan dan sebarang kemasukan hospital, nasihat rawatan, penyakit atau sakit, dan saya/kami membenarkan Syarikat dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan sebarang maklumat kepada mana-mana pihak bagi memproses permohonan ini dan tujuan pentadbiran, analisis atau memproses tuntutan. Salinan fotostat pengesahan ini adalah berkuat kuasa dan sah seperti asal.*

**Special Promotion:** I/We understand that in the event that the minimum number of proposal form as determined by Great Eastern is met during the special promotion period, my/our application will be eligible for the special promotion (ie. waiver of the normal underwriting procedures) subject to the terms and conditions of the master policy. Otherwise I/we will be subject to the usual underwriting procedures. Great Eastern's decision on all matters relating to the special promotion will be binding and final. I/We also confirm that in the event I am/we are eligible for such Special Promotion and provided I/we disclose my pre-existing illness, 50% of the death/TPD benefit is payable if Death or TPD occurs in the first 2 years of cover due to the disclosed pre-existing illness. However if I/we fail to disclose my/our pre-existing illness, the Death or TPD benefits will not be payable at all.

**Promosi Khas :** *Saya/Kami memahami bahawa sekiranya jumlah permohonan minima yang ditetapkan oleh Great Eastern diterima semasa tempoh promosi, permohonan saya/kami adalah layak untuk promosi khas (iaitu : perlepasan daripada proses underwriting yang biasa dilakukan) tertakluk kepada terma dan syarat Polisi Induk. Jika tidak, permohonan saya/kami akan tertakluk kepada proses underwriting yang biasa dilakukan. Semua perkara berkaitan promosi khas seperti diputuskan pihak Great Eastern adalah terikat dan muktamad. Saya/Kami juga mengesahkan bahawa sekiranya saya/kami layak untuk Promosi Khas tertakluk kepada saya/kami menyatakan penyakit sedia ada saya/kami , 50% daripada jumlah manfaat Kematian/Hilang Daya Upaya Total & kekal akan dibayar jikalau Kematian atau Hilang Daya Upaya Total & Kekal berlaku dalam masa 2 tahun daripada tarikh perlindungan disebabkan penyakit sedia ada yang telah dinyatakan itu. Sekiranya saya/kami gagal menyatakan penyakit sedia ada saya/kami, segala tuntutan Kematian atau Hilang Daya Upaya Total & Kekal disebabkan oleh penyakit yang sedia ada tidak akan dibayar.*

**FOR INVESTMENT-LINKED POLICIES:** I/We 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 proposed policy in all circumstances including but not limited to the event when any premium due is not paid. I/We 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/our proposed policy.

*Untuk Polisi Berkait Pelaburan: Dengan ini saya/kami secara muktamad memberi kuasa kepada Syarikat untuk memotong caj insurans bulanan untuk Manfaat Asas dan kesemua Manfaat Pilihan Berkait Pelaburan (atau rider) yang disertakan, jika ada, daripada Jumlah Nilai Pelaburan polisi cadangan saya/kami dalam semua keadaan termasuk tetapi tidak terhad kepada keadaan di mana premium belum dijelaskan. Saya/Kami seterusnya faham dan bersetuju bahawa potongan serentak untuk yuran polisi juga boleh dilakukan oleh Syarikat. Semua potongan akan dibuat mengikut terma-terma dan syarat-syarat seperti yang disebutkan di dalam polisi cadangan.*

**For Member only Untuk Ahli sahaja**

In the event the Company becomes aware that I am or have become a prohibited person, namely a person or an entity who is subject to sanction pursuant to any laws and/or regulations, administered by any governmental, regulatory or competent authority, or any law enforcement in any country; I agree that the Company may terminate and/or void the policy issued hereunder with immediate effect or from inception, as applicable at the sole discretion of the Company. Subject always to all applicable laws and/or regulatory requirements, the Company shall not thereafter be required to transact any business with me in connection with the policy, including but not limited to, making or receiving any payments under the policy or proposal submitted. Similarly, in the event the Company becomes aware that any of the Life Insured, Trustee, Assignee, Nominee and/or Beneficial Owner named in or connected with the policy, is or has become a prohibited person, I agree that the Company may terminate and/or void the policy with immediate effect or from inception, as applicable at the sole discretion of the Company; and subject always to all applicable laws and/or regulatory requirements, the Company shall not thereafter be required to transact any business in connection with the policy, including but not limited to, making or receiving any payments under the policy or proposal submitted.

*Sekiranya Syarikat menyedari bahawa saya adalah atau telah menjadi orang yang dilarang, iaitu orang atau entiti yang dikenakan hukuman menurut mana-mana undang-undang dan/atau peraturan-peraturan yang ditadbir oleh mana-mana pihak berkuasa kerajaan, peraturan atau yang berwajib, atau mana-mana penguatkuasaan undang-undang di mana-mana negara; Saya bersetuju bahawa Syarikat boleh menamatkan dan/atau membatalkan polisi yang dikeluarkan dengan serta-merta atau dari permulaan, seperti yang berkenaan mengikut budi bicara Syarikat. Sentiasa tertakluk kepada semua undang-undang dan/atau peraturan-peraturan undang-undang. Selepas itu, Syarikat tidak perlu menjalankan sebarang perniagaan berkaitan dengan polisi tersebut dengan saya, termasuklah dan tidak terhad kepada, membuat atau menerima apa-apa bayaran di bawah polisi atau cadangan yang dikemukakan. Begitu juga, sekiranya Syarikat itu menyedari bahawa mana-mana Hayat yang Diasuranskan, Pemegang Amanah, Penerima, Penama dan/atau Pemunya Benefisial yang dinamakan dalam atau berkaitan dengan polisi, adalah atau telah menjadi orang yang dilarang, saya bersetuju bahawa Syarikat boleh menamatkan dan/atau membatalkan polisi itu dengan berkuatkuasa serta-merta atau dari permulaan, seperti yang berkenaan mengikut budi bicara Syarikat dan tertakluk kepada semua undang-undang dan/atau peraturan yang berkenaan. Selepas itu, Syarikat tidak perlu menjalankan sebarang urusan berkaitan dengan polisi tersebut, termasuklah tetapi tidak terhad kepada, membuat atau menerima apa-apa bayaran di bawah polisi atau cadangan yang dikemukakan.*

I/We declare that any funds and/or assets I/we place with the Company, as well as any profits that they generate, comply with the tax laws of the country(ies) where I/we am/are resident(s), as well as the tax laws of the country(ies) of which I/we am/are citizen(s).

*Saya / Kami mengisytiharkan bahawa mana-mana dana dan / atau aset yang saya / kami tempatkan dengan Syarikat, serta apa-apa kauntungan yang diperolehi, mematuhi undang-undang cukai negara (negara-negara lain) yang mana saya / kami bermastautin, serta undang-undang cukai negara (negara-negara lain) yang saya / kami merupakan warganegara.*

**FATCA (US Foreign Account Tax Compliance Act) related clauses**

**Fasal berkaitan FATCA (Aksi Pematuhan Cukai Akaun Luar Negara Amerika Syarikat)**

**(i) Authorisation to disclose information to the US IRS Kebenaran untuk mendedahkan maklumat kepada IRS AS**

In the event that the Company becomes aware that I/we am/are or have become a United States of America (US) tax obligated person, I/we hereby authorise the Company to disclose my/our personal information, including but not limited to my/our name, address, US tax identity number, beneficial ownership information, policy number(s), cash value (if applicable) and gross distribution of my/our policy(ies) held with the Company (collectively, the "Data"), to the US Internal Revenue Service (IRS) or as directed by the US IRS or such other relevant designated authority (from time to time) (the "Tax Authority").

*Sekiranya Syarikat mengetahui bahawa saya/kami layak dikenakan cukai mengikut kewajipan Amerika Syarikat (AS), dengan ini saya/kami membenarkan Syarikat untuk mendedahkan maklumat peribadi saya/kami yang tidak terhad kepada nama, alamat, nombor pengenalan cukai AS, maklumat pemilikan benefisial, nombor polisi, nilai tunai (jika berkenaan) dan agihan kasar polisi (polisi-polisi) saya/kami yang dipegang Syarikat (secara kolektifnya dipanggil "Data"), kepada Perkhidmatan Hasil Dalam Negeri Amerika Syarikat (IRS) atau seperti diarahkan IRS AS atau pihak berkuasa lain yang dinamakan (dari semasa ke seniasa) ("Pihak Berkuasa Cukai").*

I/We further understand and agree that the Tax Authority may share the Data with third parties whom they deem appropriate (wherever situated) at their sole discretion.

*Saya/Kami memahami dan bersetuju selanjutnya bahawa Pihak Berkuasa Cukai mungkin berkongsi Data bersama pihak ketiga yang dianggap bersesuaian (tanpa mengira lokasi) atas budi bicara tunggal mereka.*

**DECLARATION AND AUTHORISATION BY LIFE TO BE ASSURED AND MEMBER**  
**PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA OLEH HAYAT YANG DIASURANSKAN DAN AHLI**

**(ii) Agreement to provide further information and/or update the Company**

*Persetujuan untuk memberi maklumat dan/atau perkembangan lanjut kepada Syarikat*

I/We hereby acknowledge and agree:

*Dengan ini saya/kami mengaku dan bersetuju:*

- (a) to inform the Company as and when my/our tax status and/or tax classification changes; and  
*untuk memaklumkan Syarikat apabila dan semasa status cukai saya/kami dan/atau klasifikasi cukai saya/kami berubah; dan*
- (b) that I/we shall provide the Company with any further information relating to my/our status and/or classification as a US tax obligated person, as may be requested.  
*bahawa saya/kami akan memberikan Syarikat dengan maklumat lanjut kepada Syarikat berkaitan status saya/kami dan/atau klasifikasi sebagai pembayar cukai Amerika Syarikat, jika diminta.*

**(iii) Failure to provide information Kegagalan memberi maklumat**

I/We further acknowledge and agree that failure to provide the requested information (which may include, but not be limited to, a request for W-8Ben etc) and/or the provision of false information will entitle the Company to take whatever action which it may, in its absolute discretion, deem fit.

*Saya/Kami mengaku dan bersetuju selanjutnya bahawa kegagalan untuk memberi maklumat yang diminta (mungkin termasuk dan, tidak terhad kepada, permohonan untuk borang W-8Ben dan sebagainya) dan/atau peruntukan maklumat yang salah akan memberi hak kepada Syarikat untuk mengambil tindakan yang dianggap bersesuaian mengikut budi bicara mutlaknya.*

I/We would like to receive updates and information about products, services, promotions, charitable causes or other marketing information from\*:  
*Saya/Kami ingin menerima berita dan maklumat terkini berkenaan produk, perkhidmatan, promosi, perihal kebajikan atau maklumat pemasaran lain dari\*:*

- the Company and its authorised representative.  
*Syarikat dan Wakil yang Dibenarkan.*
- the related companies of the Company and relevant third parties.  
*pihak yang dibenarkan dengan Syarikat serta pihak ketiga yang relevan.*

\*tick whichever applicable  
*\*tanda mana yang berkenaan*

I/We have fully read and understood the Data Protection Notice above and I/we agree that the Company may process the personal information in the manner set out in the said Notice.

*Saya/Kami telah membaca dan memahami sepenuhnya Notis Perlindungan Data di atas dan saya/kami bersetuju bahawa Syarikat boleh memproses maklumat peribadi dengan cara yang dinyatakan dalam Notis di atas.*

I/We confirm that I am/we are not undischarged bankrupt(s) and that no unsettled demand(s) for payment in the form of Order(s), Judgement(s) or Bankruptcy Notice(s), had been served on me/us.

*Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami tidak mullis dan tiada tuntutan untuk bayaran yang belum ditunaskan telah diserahkan kepada saya/kami dalam bentuk Perintah, Penghakiman atau Notis Mullis.*

/  / 20

Date Tarikh

Signature of Member  
*Tandatangan Ahli*  
 Date Tarikh

Signature of Life To Be Assured (Spouse/Child)\*\*  
*Tandatangan Hayat Yang Diasuranskan*  
*(Pasangan/Anak)\*\**  
*(Age 10 And Above/Umur 10 Tahun Ke Atas)*

Signature of Witness\*\*\*  
*Tandatangan Saksi*

Name of Member  
*Nama Ahli*

Name of Life To Be Assured (Spouse/Child)\*\*  
*Nama Hayat Yang Diasuranskan(Pasangan/Anak)\*\**

Name of Witness (Block Letters)  
*Nama Saksi (Huruf Besar)*

>\* Please tick if witness is an agent.  
*Sila tanda jika saksi adalah seorang ejen.*

NRIC No.  
*No Kad Pengenalan*

**\*\*\* Statement of Witness Kenyataan Saksi**

I hereby witness and certify that the above signature(s) was made in my presence and that to my own personal knowledge it is the signature(s) of the Life to be Assured/Member.

*Saya dengan ini menyaksikan dan mengesahkan bahawa tandatangan yang berikutnya adalah dibuat di hadapan saya dan setakat yang saya ketahui tandatangan tersebut adalah tandatangan Hayat yang Diasuranskan/Ahli.*