



APP. TYPE

GROUP MULTIPLE BENEFIT INSURANCE SCHEME  
SKIM INSURANS BERKELOMPOK PELBAGAI MANFAAT  
PROPOSAL FORM BORANG CADANGAN



**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 proposal form, you are also required to take reasonable care to disclose to us any matter 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 proposal 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 proposal 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 assured member under the policy contract.

Documentary proof of age is required prior to the payment of benefits under the policy contract. If the life assured's age is incorrectly stated, the insurer may adjust the policy contract at its sole and absolute discretion, subject always to the provisions of the Financial Services Act 2013. In group Medical Health Insurance policy effected by policyholder who has no insurable interest on your life, you must received an individual certificate of insurance as proof of insurance and you are advised to follow-up with group policyholder or the Company to confirm coverage under group policy if a certificate of insurance is not received within a reasonable period.

**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 serta terma dan syarat yang dikenakan; dan
- (b) mengesahkan atau mengubah sebarang perkara yang anda telah dedahkan sebelumnya berkaitan dengan kontrak insurans anda.

Sebagai tambahan kepada jawapan bagi soalan khusus dalam borang cadangan, anda juga perlu mengambil langkah munasabah untuk mendedahkan sebarang perkara 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 kewajiban 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 mengetahui ia berkaitan dengan keputusan syarikat insurans sama ada untuk menerima risiko serta terma dan syarat yang dikenakan; dan
- (b) seseorang yang secara munasabah dapat menjangkakan untuk menjadi relevan.

Anda hendaklah menjawab semua soalan dalam borang cadangan dan sebarang soalan lain yang diajukan syarikat insurans dengan lengkap dan tepat.

Anda mempunyai kewajiban 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 ragu-ragu sama ada sesetengah fakta adalah material, anda hendaklah mendedahkannya. Keseluruhan teks pra-cetak dalam borang cadangan ini adalah 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. 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 kewajiban anda sebagai seorang ahli diasuranskan di bawah kontrak polisi. Bukti umur berdokumen diperlukan sebelum pembayaran manfaat di bawah kontrak polisi. Jika umur hayat yang diinsuranskan tidak dinyatakan dengan betul, syarikat insurans boleh mengubah kontrak polisi bergantung kepada budi bicara tunggal dan mutlaknya, tertakluk kepada peruntukan Akta Perkhidmatan Kewangan 2013. Dalam polisi Insurans Perubatan Kesihatan yang dikuatkuasakan oleh pemegang polisi yang tidak mempunyai kepentingan boleh insurans ke atas hayat anda, anda mestilah menerima sijil insurans individu sebagai bukti insurans dan anda dinasihatkan untuk membuat susulan dengan pemegang polisi berkelompok atau Syarikat bagi mengesahkan perlindungan.

**For Agent Use Only**

Policyholder  
Pemegang Polisi

Branch Code  
Kod Cawangan

Employer Code  
Kod Majikan

GMBS-FTPLUW-V14-012015

Group Scheme No. <i>No. Skim Berkelompok</i>	Contract Type <i>Jenis Kontrak</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	GS NO. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Agent's Name <i>Nama Ejen</i> Agent's A/C No <i>No. Akaun Ejen</i>
<b>For Office Use Only:</b> <input type="checkbox"/> Special Promotion <i>Promosi Istimewa</i> <input type="checkbox"/> Underwriting <i>Pengunderaitan</i> <input type="checkbox"/> Upgrade proposal <i>Pemohonan Tambahan</i>			Proposal Reg. By : _____ Date: _____ Verified By : _____ Date: _____ Underwriting Decision Updated By : _____ Date: _____ Consent Updated By : _____ Date: _____
Contract No. <i>No. Kontrak</i>			
Client's No <i>No. Pelanggan</i>			

All questions must be fully completed in block letters and in black ink, and by ticking (✓) the appropriate boxes.  
 Semua soalan mesti dijawab dengan lengkap menggunakan huruf besar dengan dakwat hitam, dan tandakan (✓) dalam kotak yang sesuai.

PERSONAL DETAILS <i>BUTIR-BUTIR PERIBADI</i>	PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED <i>BUTIR-BUTIR HAYAT YANG DIASURANSKAN</i>	PARTICULARS OF MEMBER (PAYER) <i>(If life to be assured is dependent)</i> <i>BUTIR-BUTIR AHLI (PEMBAYAR) (Sekiranya Hayat Yang diasuranskan ialah ahli keluarga)</i>
1. Salutation <i>Gelaran</i>	<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Madam <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Others <i>Encik Puan Cik Encik Lain-lain</i>	<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Madam <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Others <i>Encik Puan Cik Encik Lain-lain</i>
2. Full Name <i>(as shown on NRIC)</i> <i>Nama Penuh</i> <i>(seperti di dalam Kad Pengenalan)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. New NRIC No. <i>No. K/P Baru</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
4. Old NRIC No./Birth Cert <i>No. K/P Lama/Sijil Kelahiran</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <i>Day Hari Month Bulan Year Tahun</i>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <i>Day Hari Month Bulan Year Tahun</i>
6. Country of Birth <i>Negara Kelahiran</i>	<input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Others <i>Malaysia Lain-lain</i>	<input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Others <i>Malaysia Lain-lain</i>
7. Sex <i>Jantina</i>	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <i>Lelaki Perempuan</i>	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <i>Lelaki Perempuan</i>
8. Nationality <i>Warganegara</i>	<input type="checkbox"/> Malaysian <input type="checkbox"/> Others <i>Malaysia Lain-lain</i> State Name of Country <i>Nyatakan Nama Negara</i>	<input type="checkbox"/> Malaysian <input type="checkbox"/> Others <i>Malaysia Lain-lain</i> State Name of Country <i>Nyatakan Nama Negara</i>
9. Race <i>Bangsa</i>	<input type="checkbox"/> Malay <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Others <i>Melayu Cina India Lain-lain</i>	<input type="checkbox"/> Malay <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Others <i>Melayu Cina India Lain-lain</i>
10. Marital Status <i>Status Perkahwinan</i>	<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <i>Berkahwin Bercerah</i> <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed <i>Bujang Batu</i>	<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <i>Berkahwin Bercerah</i> <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed <i>Bujang Batu</i>
11. Tel No. <i>No. Tel</i>	Tel (H/p) <i>Tel (Bimbit)</i> Country Name <i>Nama Negara</i> + <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Tel (House) <i>Tel (Rumah)</i> Country Name <i>Nama Negara</i> + <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Tel (Office) <i>Tel (Pejabat)</i> Country Name <i>Nama Negara</i> + <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Tel (H/p) <i>Tel (Bimbit)</i> Country Name <i>Nama Negara</i> + <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Tel (House) <i>Tel (Rumah)</i> Country Name <i>Nama Negara</i> + <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Tel (Office) <i>Tel (Pejabat)</i> Country Name <i>Nama Negara</i> + <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

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

Status of Life To Be Assured  Member  Spouse  Child > Child No. \_\_\_\_\_ out of \_\_\_\_\_ siblings  
 Status Hayat Yang Diaturanskan *Ahli Pasangan Anak-Anak > Anak No \_\_\_\_\_ dari \_\_\_\_\_ beradik*

M'ship/Staff No.

Height  cm Weight  kg  
 Tinggi  sm Berat  kg



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

Life to be Assured  
 Hayat yang  
 Diasuranskan  
 Yes Ya No Tidak

<p>5. Are you currently receiving medical treatment and / or suffering from physical impairment or infirmity or congenital abnormality?  <i>Adakah kini anda menerima rawatan perubatan dan / atau menderita sebarang kecacatan fizikal atau kelemahan atau kongenital tidak normal?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>6. 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?  <i>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?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>7. 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:  <i>Pernahkah anda diberitahu atau sedang diberitahu, disiasat, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang perubatan atau rawatan pembedahan untuk apa-apa keadaan di bawah:</i></p>	
<p>(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?  <i>Angin zamar, serangan iskemik sementara(TIA), pendarahan otak atau kecederaan otak, sawan taik, 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?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(b) Depression, anxiety, schizophrenia, suicide attempt, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), autism, Down's syndrome, dementia, or any other mental health or psychiatric illness?  <i>Depresi, keresahan, skizofrenia, cubaan membunuh diri, perhatian defisit gangguan hiperaktif (ADHD), autism, Sindrom Down, demensia atau lain-lain penyakit atau gangguan pada kesihatan mental atau psikiatrik?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(c) Asthma, bronchitis, tuberculosis (TB), pneumonia, coughing of blood or any other disease or disorder of the lungs or respiratory system?  <i>Lelah, bronkitis, batuk kering (TB), radang paru-paru, batuk berdarah atau lain-lain penyakit atau gangguan pada paru-paru atau saluran pernafasan lain?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(d) Chest pain, angina, palpitation, irregular heartbeat, coronary artery disease (heart disease), heart attack, raised cholesterol, hypertension (high blood pressure), hypotension (low blood pressure), heart valve disorder, cardiomyopathy (enlarged heart), heart defects from birth or heart surgery, deep vein thrombosis, varicose veins or any other disease or disorder of the heart or vascular system?  <i>Sakit dada, angina, ketaratan jantung, degupan jantung yang tidak teratur, penyakit arteri koronari (penyakit jantung), serangan jantung, kolesterol tinggi, tekanan darah tinggi, tekanan darah rendah, gangguan injap jantung, cardiomyopathy (jantung membesar), kecacatan jantung dari lahir atau pembedahan, trombosis vena dalam, vena varikos atau lain-lain penyakit atau gangguan pada jantung atau sistem vaskular?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(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>Kemeros manik, gula darah yang tidak normal, penyakit tiroid, goiter, talasemia, anemia, hemophilia atau lain-lain penyakit atau gangguan pada sistem endokrin, darah, kromosom yang tidak normal atau penyakit keturunan?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(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></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(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></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(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></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(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></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(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, sepium hidung menyimpang, kronik rinitis, resdung, hidung berdarah, lidur apnea atau lain-lain penyakit atau gangguan pada mata, telinga, tekak, mulut atau hidung?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(k) Backache, slipped disc, spondylosis, arthritis, rheumatoid arthritis, systemic lupus erythromatosus (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, arititis, arititis rheumatoid, lupus eritematosus sistemik (SLE), osteoporosis, gout, kulil bersisik, penyakit kulit kronik atau lain-lain penyakit atau gangguan pada sistem imun, tisu penghubung, spina, otot, tulang atau sendi?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>



**FURTHER PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED \* Delete whichever is not applicable**

**BUTIR-BUTIR LANJUT HAYAT YANG DIASURANSKAN \* Potong yang mana tidak berkenaan**

Life to be Assured

Hayat yang  
Diasuranskan

Yes Ya No Tidak

<p>(l) Syphilis, gonorrhoea, venereal disease, Human Papilloma Virus (HPV) infection or any other sexually transmitted disease? <i>Sifilis, gonorea, penyakit kelamin, penyakit virus Papilloma Manusia (HPV) atau mana-mana penyakit kelamin berjangkit?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(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, ketidakupayaan, kecacatan, kemalangan atau dimasukkan ke hospital atau sebarang pembedahan atau pemeriksaan atau rawatan yang bukan daripada rutin kekesihatan yang tidak disebutkan di atas?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>8. (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>Pemeriksa anda atau pasangan anda atau pasangan anda uji atau menerima nasihat, kaunseling atau rawatan berhubung dengan AIDS atau jangkitan mana-mana Virus Kelemahan Daya Tahan Penyakit (HIV)?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(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 meningkatkan risiko anda dijangkit AIDS atau keadaan yang berkaitan dengan AIDS?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(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>Pemeriksa anda atau pasangan anda atau pasangan anda mengalami keletihan, kehilangan berat badan, diare, bengkak kelenjar getah bening atau lesi kulit yang tidak biasa untuk tempoh yang berterusan lebih dari satu minggu di dalam tempoh tiga bulan yang lepas?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(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>Pemeriksa anda telah tinggal secara berterusan untuk lebih dari satu bulan di mana-mana negara lain selain dari Malaysia untuk lebih dari satu bulan atau adakah anda berancang untuk tinggal di luar Malaysia bagi tujuan selain daripada melancong dalam tempoh 3 bulan berturut-turut? Jika "YA", sila nyatakan negara dan tujuan anda tinggal di negara tersebut.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>9. Have you ever engaged or do you contemplate to engage in any of the following pursuits: Aviation, parachuting, motor sports, diving, mountaineering, or any other dangerous sports? If "YES", please give full details. <i>Adakah anda pernah terlibat atau adakah anda berancang untuk terlibat dalam mana-mana kegiatan yang berbahaya? Penerbangan, terjun payung, sukan motor, menyelam, mendaki gunung, atau mana-mana sukan berbahaya lain? Jika "YA", sila beri butiran penuh.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>10. In the past 5 years, have you ever had or been advised or intend to undergo any investigation or screening test including but not limited to blood or urine test, pap smear, mammogram, ultrasound, biopsy, X-ray, CT scan, MRI, ECG, treadmill ECG, echocardiogram, lung function test, bone density test, angiogram, scope, EEG, Sleep study? <i>Sepanjang 5 tahun lepas, adakah anda pernah menjalani pemeriksaan atau pemeriksaan diagnostik termasuk tapi tidak terhad kepada ujian darah dan air kencing, pap smear, mammogram, ujian bunyi, biopsy, x-ray, CT scan, MRI, ECG termasuk ECG treadmill, echocardiogram, ujian fungsi paru-paru, ujian ketumpatan tulang, angiogram, scope, EEG, kajian tidur?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>11. 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>Pemeriksa sebarang permohonan atau pengajuan semula insurans anda atau permohonan untuk memperbaharui insurans untuk hidup anda (termasuk yang sedang dipertimbangkan kepada mana-mana syarikat) pernah ditolak, ditangguhkan, dikenakan kadar, dibataskan atau ditambah, atau di mana-mana cara lain? Jika "YA", sila nyatakan butiran penuh.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>12. <b>FOR FEMALE ONLY / UNTUK WANITA SAHAJA</b></p>	
<p>(a) Are you now pregnant? <i>Adakah anda hamil sekarang?</i> If "YES", please state how many months pregnant. <input type="checkbox"/> months <i>Jika "YA", sila nyatakan berapa bulan anda hamil.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(b) Have you ever had any complications in current or previous pregnancies or childbirth? <i>Pemeriksa anda mengalami sebarang komplikasi semasa hamil atau kelahiran anak dahulu?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>(c) Have you ever been or currently being informed, investigated, treated or advised to seek any medical or surgical treatment for breast lumps, fibroids, ovarian cysts, polycystic ovarian syndrome, endometriosis, cervicitis, abnormal papsmear(s), or any other disease or disorder of the breast or female organs? <i>Pemeriksa anda diberitahu atau sedang, diuji, dirawat, disiasat, diuji atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang rawatan atau pembedahan awatan untuk sistu buah payudara, sistu ovari, sindrom polistik ovari, endometriosis, cervicitis, papsmear tidak normal atau atau penyakit atau gangguan pada buah dada atau organ wanita?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>13. 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. <i>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.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>14. Are there any other circumstances not already disclosed elsewhere in this proposal 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. <i>Adakah terdapat mana-mana keadaan lain di mana telah tidak dibincangkan di dalam borang cadangan ini yang boleh menyebabkan insurans ke atas diri anda menjadi lebih berbahaya yang luar biasa? Jika anda sangat sama ada sesuatu keadaan itu lebih berbahaya dari biasa, keadaan tersebut hendaklah dikemukakan.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

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

15. If you answer " YES " to any of questions 5 to 14 or "NO" to question 1 and 2, please indicate the relevant question number and provide full details. (Please attach separate sheet/s if needed.)

*Jika anda menjawab "YA" kepada soalan-soalan 5 hingga 14 atau "TIDAK" kepada soalan 1 dan 2, sila nyatakan nombor soalan dan beri butir-butir yang lengkap. (Sila lampirkan helaian yang berasingan jika perlu.)*

16. Are you presently a bankrupt?  
Adakah anda kini seorang bankrap?

Yes  No   
Ya  Tidak

**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:*

Age next birthday <i>Umur pada ulang tahun akan datang</i>	Percentage of Basic Sum Assured <i>Peratusan Jumlah Asurans Asas</i>
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 membenarkan 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:*

- to carry on insurance business;  
*untuk menjalankan perniagaan insurans; untuk menjalankan perniagaan insurans;*
- for this or any other or further insurance or financial related product or service or any alterations, variations, cancellation or renewal of such product or service by the Company and other companies within the Company's group of companies (for information, log on to [www.greasternlife.com](http://www.greasternlife.com));  
*untuk insurans ini atau insurans lain atau insurans selanjutnya atau produk atau perkhidmatan berkaitan insurans atau sebarang pindaan, variasi, pembatalan atau pembaharuan sebarang produk atau perkhidmatan sedemikian oleh Syarikat dan syarikat lain dalam kumpulan Syarikat (untuk maklumat lanjut, sila layari [www.greasternlife.com](http://www.greasternlife.com));*
- 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;*
- any claim or investigation or analysis of such claim;  
*sebarang tuntutan atau penyiasatan atau analisis untuk tuntutan tersebut;*
- 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;*
- exercising any right of subrogation;  
*menjalankan sebarang hak subrogasi;*
- to match any data held by the Company relating to you from time to time;  
*memadankan sebarang data yang dikekalkan Syarikat berkaitan anda dari semasa ke semasa;*
- direct marketing and general marketing;  
*pemasaran langsung dan pemasaran am;*
- managing and servicing the Company's relationship with you and to provide you with improved customer service; and  
*menguruskan dan memberi perkhidmatan atas hubungan Syarikat dengan anda di samping memberi perkhidmatan pelanggan yang dipertingkatkan; dan*

**DATA PROTECTION NOTICE / NOTIS PERLINDUNGAN DATA**

(j) if required by law or in good faith, if such action is necessary (i) to comply with any law enforcement, court orders or legal process, and/or (ii) to protect and defend the rights or property of the Company and the Company's group of companies and their users (for information, log on to [www.greataeasternlife.com](http://www.greataeasternlife.com)).

*Jika diperlukan oleh undang-undang atau atas nama baik, sekiranya tindakan tersebut diperlukan (i) untuk mematuhi sebarang penguatkuasaan undang-undang, arahan mahkamah atau proses undang-undang, dan/atau (ii) untuk melindungi serta mempertahankan hak atau harta syarikat serta kumpulan Syarikat dan penggunaannya (untuk maklumat lanjut, sila layari [www.greataeasternlife.com](http://www.greataeasternlife.com)).*

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 shall 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 mengemukakan permohonan ini, anda memberi kelulusan dan kebenaran kepada Syarikat untuk mendapatkan dan mengesahkan sebarang maklumat berkenaan anda atau daripada pihak ketiga yang mungkin diperlukan Syarikat berhubung dengan permohonan anda untuk sebarang produk atau perkhidmatan yang disediakan Syarikat. Kelulusan dan kebenaran yang diberi seperti dalam permohonan ini boleh digunakan untuk mendapatkan sebarang maklumat daripada mana-mana pihak insurans yang melibatkan anda pada masa ini, sebarang permohonan baru untuk mendapatkan sebarang insurans daripada Syarikat, seperti kebarangkalian atau kad kredit, data atau maklumat, sama ada diberikan secara peribadi atau pun tidak.

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

*Maklumat yang anda berikan kepada Syarikat adalah perlu. Jika anda tidak membekalkan maklumat tersebut, Syarikat mungkin tidak dapat membekalkan insurans bagi anda atau memproses tuntutan 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 memberikan maklumat peribadi anda kepada pihak-pihak berikut bagi tujuan yang dinyatakan di atas.*

- (a) the Company's Authorised Representatives;  
*Wakil yang Dibenarkan Syarikat.*
- (b) the policyholder and/or its brokers;  
*penanggung polis 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, pemrosesan atau penyimpanan data, atau yang 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, penyelenggara tuntutan pihak ketiga, perkhidmatan pencegahan penipuan 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 aka agensi pengumpul bayaran sebarang agensi pengumpul 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 penarafan insurans yang mengumpulkan maklumat berkenaan sejarah kredit, maklumat kecelakaan, but insurans yang terlibat dalam kejadian, penerangan mengenai jenis dan jumlah bayaran yang dibayar oleh syarikat insurans.*
- (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 mempunyai tanggungjawab, kerahsiaan dan telah mengemukakan untuk mengekalkan data tersebut sebagai rahsia, yang Syarikat telah maju untuk memenuhkan tanggungjawab Syarikat kepada anda.*
- (h) any actual or proposed assignee, transferee, participant or sub-participant of the Company's rights or business;  
*mana-mana pemegang, penerima atau calon, peserta atau peserta harapan insurans atau aka pemegang Syarikat, sama ada sebenar atau diramalkan.*
- (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 di mana Syarikat bertanggungjawab membuat pendedahan di bawah pemilikan sebarang undang-undang, peraturan, pengaturcaraan, kod amalan atau garis panduan yang mengikat ke atas Syarikat yang memaksa dan tidak terhad kepada mana-mana badan pengawal, badan kerajaan, atau badan yang dikawal oleh individu seperti Peratuan Insurans Hayat Malaysia dan sekiranya menurut undang-undang, dan*
- (j) other companies in the Company's group of companies (for information, please log on to [www.greataeasternlife.com](http://www.greataeasternlife.com)) including those located outside Malaysia.  
*Syarikat lain yang berbilang di bawah kumpulan Syarikat (untuk maklumat lanjut, sila layari [www.greataeasternlife.com](http://www.greataeasternlife.com)) termasuk yang terletak di luar Malaysia.*

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 during office hours by calling Customer Service Care at 1 300 1 300 88. 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 Privacy Officer at +603 4813 3796, or write to the Company.

*Anda boleh meluluskan capaian ke atas sesetengah maklumat peribadi yang dipegang Syarikat berdasarkan undang-undang perlindungan data yang boleh terdapat di Malaysia. Anda boleh meluluskan capaian ke atas maklumat peribadi anda pada bila-bila masa dengan menghubungi Customer Service Care di 1 300 1 300 88. Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan atau aduan (seperti mengehadkan pemrosesan sesetengah maklumat, termasuk menarik balik kebenaran untuk menerima maklumat pemasaran), anda boleh menghubungi Pegawai Kerahsiaan kami di +603 4813 3796, atau menulis kepada Syarikat.*

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 penderiaan 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 ianya tepat, lengkap dan terkini selepas menerima pengesahan/maklumbalas anda.*

## DATA PROTECTION NOTICE NOTIS PERLINDUNGAN DATA

For more information on how the Company deals with your personal information, 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 Authorised Representative for a copy.

*Untuk maklumat lanjut berkenaan bagaimana Syarikat menggunakan informasi 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 log on to [www.greateasternlife.com](http://www.greateasternlife.com) or contact the Company's Privacy Officer to obtain the latest version of the Data Protection Notice at any time.

*Syarikat mungkin menyemak semula dan mengemas kini Notis Perlindungan Data ini dari semasa ke semasa disebabkan perubahan undang-undang, perubahan dalam amalan perniagaan, prosedur dan struktur Syarikat serta perubahan terhadap jangkaan tahap privasi oleh masyarakat. Kami mungkin tidak dapat memaklumkan anda terhadap perubahan bagi Notis Perlindungan Data ini, oleh itu, anda boleh melayari [www.greateasternlife.com](http://www.greateasternlife.com) atau menghubungi Pegawai Privasi Syarikat bagi mendapatkan versi terkini 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.*

All the foregoing statements and answers in this proposal form together with any other documents or questionnaires submitted in connection with this proposal 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 proposal or not and the rates and terms to be applied. The Company may terminate or void the policy contract (if issued), deny or reduce my claim, or change or vary the terms of the policy contract, if there is any non-disclosure, misrepresentation, misstatement, inaccuracy or omission.

*Semua kenyataan dan jawapan dalam borang cadangan bersama-sama dokumen yang lain atau borang soal selidik yang dibenarkan berkaitan dengan borang cadangan ini dan semua kenyataan dan jawapan yang diberi kepada pemeriksa perubatan syarikat, adalah lengkap dan tepat dan saya faham bahawa maklumat yang saya beri adalah relevan kepada Syarikat bagi menentukan sama ada cadangan saya diterima atau tidak dan syarat yang akan dikenakan. Syarikat boleh menamatkan atau membatalkan kontrak polisi (jika dikeluarkan), menafikan atau mengurangkan tuntutan saya atau mengubah atau menakar syarat kontrak polisi jika terdapat sebarang perkara yang tidak didedahkan, kenyataan yang salah, ketidaktepatan atau tertinggal.*

I/We hereby confirm that save for the relevant sales brochures, sales illustrations and documents duly authorised by the Company, your agent has not given me/us any document or information to induce me/us to enter into a contract of assurance with your Company.

*Dengan ini saya/kami mengesahkan bahawa selain risalah, ilustrasi jualan dan dokumen berkaitan yang telah diluluskan Syarikat, ejen tidak membenarkan sebarang dokumen atau maklumat lain yang mendorong saya/kami untuk membuat kontrak asurans dengan Syarikat anda.*

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 institusi 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 membenarkan dan mengeluarkan sebarang maklumat kepada mana-mana pihak bagi memproses permohonan ini dan tujuan pentadbiran, analisis atau memproses tuntutan. Salinan fotostat pengesahan ini adalah berkuai kuasa dan sah seperti asal.*

**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.*



**DECLARATION AND AUTHORISATION BY LIFE TO BE ASSURED AND MEMBER**

**PENGAKUAN DAN PERBERIAN KUASA OLEH HAYAT YANG DIASURANSKAN DAN AHLI**

**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 diladiri oleh mana-mana pihak berkuasa kerajaan, peraturan atau yang berhubung, atau mana-mana penguatkuasaan undang-undang di mana-mana negara; Saya bersetuju bahawa Syarikat boleh menamatkan dan/atau membatalkan polisi yang dikemukakan dengan serta-merta atau dari permulaan, seperti yang berkenaan mengikut budi bicara Syarikat. Senantiasa tertakluk kepada semua undang-undang dan/atau keperluan undang-undang. Setepas itu, Syarikat tidak perlu menjangkakan sebarang perniagaan berkaitan dengan polisi tersebut dengan saya, termasuklah dan tidak terhad kepada, membuat atau menentus 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, Pemenuh 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 berkuasa serta-merta atau dari permulaan, seperti yang berkenaan mengikut budi bicara Syarikat dan tertakluk kepada semua undang-undang dan/atau peraturan yang berkenaan. Setepas itu, Syarikat tidak perlu menjangkakan sebarang urusan berkaitan dengan polisi tersebut, termasuklah tetapi tidak terhad kepada, membuat atau menentus 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 keuntungan yang diperolehi, mematuhi undang-undang cukai negara (negara-negara lain) yang mana saya / kami bermesraiah, 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 (Akta Pematuhian Cukai Akaun Luar Negara Amerika Syarikat)*

I/We agree that I/we will update the Company promptly of any change or addition to the information provided herein about me/us, the life assured, the beneficiary named in this proposal or of the policy and any other relevant persons (if any, and collectively with the life assured and the beneficiary the "Relevant Persons") as the Company may reasonably require. I/We further agree, and represent to the Company that each Relevant Person has agreed when information about him is provided to the Company, that the Company may disclose such information for the purpose of its compliance with any applicable rules, laws and regulations, codes of practice or guidelines or to assist in law enforcement and investigations by relevant authorities.

*Saya/Kami bersetuju bahawa saya/kami akan memaklumkan Syarikat dengan segera jika terdapat sebarang perubahan atau pertambahan maklumat yang diberikan di dalam ini berkenaan saya/kami, hayat yang diasuranskan, beneficiarian yang dinamakan dalam cadangan ini atau polisi, dan sebarang individu lain yang mungkin relevan atau mana-mana individu yang berkaitan dengan polisi yang diasuranskan dan beneficiarian "Relevant Persons" seperti yang mungkin diperlukan Syarikat. Selanjutnya, saya/kami mewakili dan memaklumkan Syarikat bahawa setiap individu yang berkaitan telah bersetuju apabila maklumat mengenai dia/dia dia disediakan kepada Syarikat, bahawa Syarikat mungkin mendedahkan maklumat tersebut bagi tujuan pematuhan dengan sebarang peraturan, undang-undang dan pengamalan, kod amalan atau garis panduan atau mematuhi dalam penguatkuasaan undang-undang serta penyediaan yang berkenaan oleh pihak berkuasa cukai yang berkenaan.*

I/We understand that the Company will not be liable for any costs or losses that may be incurred to me/us or any of the Relevant Persons due to actions of the Company permitted herein. In this connection, I/We agree to indemnify the Company against all claims of the Relevant Persons for the aforesaid costs or losses. I/We further understand that my/our failure to fulfill any of the obligations herein, or any of untrue or inaccurate representations given herein, will entitle the Company to deduct or withhold such amount from any payment payable under the relevant policy, and/or to terminate the policy without being held liable, to the extent permitted by law, and I/we will indemnify the Company against all costs and losses that may be incurred to it therefrom.

*Saya/Kami faham bahawa Syarikat tidak akan bertanggungjawab ke atas sebarang kos atau kerugian yang mungkin ditanggung oleh saya/kami atau mana-mana individu yang Relevan disebabkan tindakan Syarikat yang dibenarkan di dalam ini. Selhubungan itu, saya/kami bersetuju untuk menanggung ganti rugi kepada Syarikat terhadap semua tuntutan bagi individu yang Relevan untuk kos atau kerugian yang dinyatakan di atas. Saya/Kami juga faham bahawa kegagalan saya/kami untuk mematuhi sebarang kewajipan di dalam ini atau sebarang representasi yang tidak benar atau tidak tepat di dalam ini akan membolehkan Syarikat untuk menolak atau menahan jumlah tersebut daripada membuat sebarang bayaran yang boleh dibayar di bawah polisi yang relevan dan/atau menamatkan polisi tanpa sebarang tanggungjawab, mengikut tahap yang dibenarkan undang-undang dan saya/kami akan menanggung ganti rugi kepada Syarikat ke atas semua kos dan kerugian yang mungkin ditanggung akibat daripadanya.*

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

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

Are you a US tax obligated person?

*Adakah anda seorang yang layak dikenakan cukai mengikut kewajipan AS?*

Yes Ya  No Tidak

Note: If Yes, please provide the completed relevant US IRS documents.

*Nota: Jika Ya, sila berikan dokumen-dokumen IRS AS yang berkaitan dengan langkah.*

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

I/We would like to receive updates and information about the company, products, services, promotions, charitable causes or other marketing information from relevant third parties of the Company.

*Saya/Kami ingin menerima berita dan maklumat terkini berkenaan syarikat, produk, perkhidmatan, promosi, perihal kebajikan atau maklumat pemasaran lain dari pihak ketiga yang relevan dengan syarikat.*

Please tick if applicable  
*Sila tandakan jika 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.*

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

Signature of Member  
*Tandatangan Ahli*

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*

Date  
*Tarikh*

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 selakat yang saya ketahui tandatangan tersebut adalah tandatangan Hayat yang Diasuranskan/Ahli.*

\*\*Please delete where not applicable \*\**Sila potong yang tidak berkenaan*