





**\*CREDIT CARD DETAILS** (Refer to Terms and Conditions in pages 13) /

**\*BUTIR-BUTIR KAD KREDIT** (Merujuk kepada Terma-terma dan Syarat-syarat pada muka surat 13)

Credit Card No. / No. Kad Kredit

Visa  Master

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

Card Issuance Bank /  
Bank Pengeluar Kad

Card Expiry Date /  
Tarikh Tamat Tempoh Kad

M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---

Cardholder's Name /  
Nama Pemegang Kad

Telephone No. / No. Telefon

Cardholder's relationship to Life Assured /

Hubungan Pemegang Kad dengan Diri yang Diinsuranskan

**C. BANK ACCOUNT DETAILS / BUTIR-BUTIR AKAUN BANK** [For any payment to be made (if any). Please attach a copy of the bank passbook/statement for verification of account number. / Untuk sebarang tujuan bayaran balik (jika ada). Sila lampirkan salinan buku/penyata bank untuk tujuan pengesahan nombor akaun].

Notice / Notis: Payment of benefits or refunds may be delayed due to unavailable, inaccurate or incomplete bank account details. / Bayaran manfaat atau bayaran balik mungkin akan lewat sekiranya tiada maklumat akaun bank, maklumat kurang tepat atau tidak lengkap.

Bank Name / Nama Bank: \_\_\_\_\_ Type of Account / Jenis Akaun  Savings /  
Simpanan  Current /  
Semasa

Bank Accountholder Name / Nama Pemegang Akaun Bank: \_\_\_\_\_

Bank Account No. / No. Akaun Bank: \_\_\_\_\_

**D. COVERAGE DETAILS / MAKLUMAT PERLINDUNGAN**

Choices of Plan for Life Assured / Pilihan Pelan untuk Diri Yang Diinsuranskan:

Plan / Pelan AMF1  Plan / Pelan AMF2  Plan / Pelan AMF3  Plan / Pelan AMF4

Plan / Pelan BMF1  Plan / Pelan BMF2  Plan / Pelan BMF3  Plan / Pelan BMF4

Flexible Protection Options FPO (Deductibles) / Pilihan Perlindungan Fleksibile FPO (Boleh Ditolak)

RM0  RM2,000  RM5,000  RM10,000  RM15,000  RM30,000  RM50,000

**E. RETIREMENT OPTION / PILIHAN PERSARAAN**

I choose to have the following retirement option / Saya memilih untuk mempunyai pilihan persaraan berikut:

To maintain level of deductible indicated in my choice of plan when I reach 55 years old. / Untuk mengekalkan had boleh ditolak yang dinyatakan di dalam pelan pilihan Saya apabila Saya mencapai umur 55 tahun.

To reduce to zero deductible from my choice of plan when I reach 55 years old. / Untuk mengurangkan pelan pilihan Saya sehingga tiada-kurangan apabila Saya mencapai umur 55 tahun.

**DETAILS OF TAKE OVER MEDICAL CARD / BUTIRAN PELAN KAD KESIHATAN YANG DIAMBIL ALIH**

1. Previous policy / Polisi terdahulu

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

Previous Insurer /  
Syarikat Insurans terdahulu

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

2. Type of Policy / Jenis Polisi  Individual / Individu  Group / Kumpulan

3. Is there any claims for the previous policy? / Ada sebarang tuntutan untuk polisi yang terdahulu?  Yes / Ya  No / Tidak

If Yes, please give further details (Please use separate sheet of paper if necessary): / Sekiranya Ya, sila berikan butiran lanjut/Sila gunakan lampiran bertalian jika perlu:

Date / Tarikh

D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Type of Claims and Reason [to  
submit copy of test/report/  
investigation done (if any)] /  
Jenis Tuntutan dan Alasan  
[dengan salinan ujian/laporan/  
siasatan dilakukan (jika ada)]


**Note / Nota-nota:**

If the take-over is not from AmMetLife, please attach a copy of the existing Policy Information Page, Schedule of Benefits and Latest Renewal Notice or Latest Receipt of Payment. / Jika di ambil alih bukan dari AmMetLife, sila sertakan salinan Lembaran Maklumat Polisi Semasa, Jadual Manfaat dan Notis Pembaharuan Terbaru atau Resit Pembayaran Terbaru.

**F. PREMIUM / PREMIUM**

Please fill in the space provided. All applications for renewal or change of plan is subject to the approval of AmMetLife. / Sila lengkapkan ruang yang disediakan. Semua permohonan untuk pembaharuan atau penukaran pelan adalah tertakluk kepada kelulusan AmMetLife.

Premium Amount / Jumlah Premium (RM)

Stamp Duty / Duti Setem (RM) RM10.00

Goods and Services Tax (where applicable) / Cukai Barang dan Perkhidmatan (jika berkaitan)

Total Amount Payable / Jumlah Perlu Bayar (RM)

Collection of payment shall not be construed as acceptance of your application until the proposal is approved by AmMetLife and is also subject to the clearance of your payment if it is made by cheque or credit card. In the event that the cheque or the credit card is declined by the Bank, the application/renewal (whichever is applicable) as well as receipt are deemed automatically cancelled and AmMetLife shall not be liable for any claims whatsoever. / Kutipan bayaran tidak boleh dianggap sebagai penerimaan permohonan anda sehingga cadangan diluluskan oleh AmMetLife dan juga tertakluk kepada penjelasan pembayaran anda jika ianya dibuat menggunakan cek atau kad kredit. Jika cek atau kad kredit ditolak oleh Bank, permohonan/pembaharuan (yang mana berkaitan) serta resit dianggap telah terbatal secara automatik dan AmMetLife tidak akan bertanggungjawab untuk sebarang tuntutan.

G. HEALTH DETAILS / MAKLUMAT-MAKLUMAT KESIHATAN		Life Assured / Diri Yang Diinsuranskan		Policy Owner / Pemilik Polisi	
		Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak
1.	Have you ever been hospitalized, informed of having or ever been treated for any illness, disease, injury, currently under any medication or supervision of a doctor or physician for any illness or disability? <i>Pernahkah anda di masukkan ke hospital sebelum ini, memaklumkan sedang atau pernah dirawat untuk sebarang kesakitan, penyakit, kecederaan, di bawah penggunaan sebarang ubatan atau pengawasan doktor atau pakar perubatan untuk sebarang penyakit atau hilang upaya?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Do you have any physical impairment or deformity, congenital abnormality or disease, have you ever taken or take any drugs or narcotics, other than those prescribed by doctors? <i>Adakah anda mengalami sebarang kecacatan/kekurangan fizikal, keabnormalan atau penyakit sejak lahir, pernahkah anda mengambil atau pada masa ini mengambil sebarang dadah atau narkotik selain daripada yang ditentukan oleh doktor?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	In the past 5 years, have you been treated or received any advice for treatment from a doctor, hospital, or clinic/specialist, including any diagnostic tests or investigation test results such as X Ray, ECG, blood tests, urine test, mammogram or others not mentioned above? <i>Sepanjang 5 tahun lepas, pernahkah anda dirawat atau menerima rawatan daripada doktor, hospital atau klinik/pakar termasuk sebarang ujian diagnostic atau keputusan ujian pemeriksaan seperti Sinar-X, ECG, ujian darah, ujian air kencing, mamogram atau lain-lain yang tidak dinyatakan di atas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Have you ever undergone any surgical operation or been advised to have a surgical operation which has yet to be performed? <i>Pernahkah anda menjalani sebarang pembedahan atau dinasihatkan untuk menjalani pembedahan yang belum lagi dilaksanakan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Have any of your parents or siblings ever had or died from cancer, diabetes, hypertension, stroke, kidney disease, heart disease, multiple sclerosis, mental illness or any other hereditary disease or AIDS-related condition? <i>Adakah di antara ibu bapa atau adik-beradik anda yang mengalami, pernah mengalami atau meninggal dunia disebabkan oleh kanser, kencing manis, darah tinggi, strok, penyakit buah pinggang, sakit jantung, sklerosis berganda, sakit jiwa atau sebarang penyakit keturunan atau keadaan berkaitan AIDS?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Do you have or had suffered from, diagnosed with or treated for any of the following: <i>Adakah anda menghidap atau pernah menghidap, didiagnosis atau pernah menjalani rawatan untuk salah satu seperti yang berikut:</i>				
i.	High or low blood pressure, heart disease, discomfort or tightness of chest, chest pain, high cholesterol, stroke, heart attack, shortness of breath, palpitation or any other disorders of heart or blood vessels? <i>Tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit jantung, tidak selesa atau ketegangan dada, sakit dada, kolestrol tinggi, angin ahmar, serangan jantung, pendek nafas, palpitasi atau sebarang masalah jantung dan salurannya?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii.	Disorder or disease of eyes, ears, nose, throat, or any other disorders of respiratory system such as chronic cough, coughing blood, asthma, bronchitis or tuberculosis? <i>Masalah atau penyakit mata, telinga, hidung, tekak atau lain-lain penyakit saluran pernafasan seperti batuk kronik, batuk berdarah, asma, bronchitis atau tibi?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii.	Epilepsy, fits, dizziness or headache, fainting attack, brain disorder, paralysis, nervous system or mental disorder? <i>Epilepsi, sawan, pening atau sakit kepala yang berulang, pitam, masalah otak, lumpuh, sistem saraf atau penyakit mental?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv.	Stone or any other disorders of kidney or urinary system, sugar, protein or blood in urine or menstrual disorder? <i>Batu karang atau sebarang masalah lain buah pinggang atau sistem pundi kencing, gula, protein atau darah dalam air kencing, atau masalah haid?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v.	Arthritis, gout, prolapsed of the intervertebral disc, deformities, lameness or amputation, rheumatism or disorder of the spine, back, joint, bone, muscles or skin disorder or disease? <i>Penyakit sendi, gout, sakit tulang, kekurangan atau kecacatan anggota, bisa-bisa tulang atau sebarang kecacatan otak atau sistem saraf, masalah atau penyakit kulit?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vi.	Gastritis, ulcer or any other disorders of stomach or intestine, haemorrhoids or hernia? <i>Gastritis, ulser atau sebarang penyakit perut atau usus yang lain, buasir atau hernia?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G. HEALTH DETAILS / MAKLUMAT-MAKLUMAT KESIHATAN (continued / bersambung)		Life Assured / Diri Yang Diinsuranskan		Policy Owner / Pemilik Polisi	
		Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak
vii.	Liver disorder or disease, any type of hepatitis, gall bladder stone or any other disorders of gall bladder? <i>Masalah atau penyakit hati, sebarang jenis hepatitis, batu pundi hempedu atau sebarang masalah pundi hempedu yang lain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
viii.	Cancer, tumour, any enlarge glands or growth of any kind of any organ or system? <i>Kanser, tumor atau sebarang ketumbuhan di sebarang organ atau sistem?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ix.	Diabetes, thyroid disorder, anaemia, thalassemia, advised to abstain from donating blood, or received blood transfusion or blood products on the account of haemophilia or any other reasons or any other disorders of blood? <i>Kencing manis, masalah kelenjar tiroid, anemia, thalassemia, dinasihatkan untuk tidak menderma darah atau menerima darah atau sebarang produk berkaitan darah atas sebab hemofolia atau atas sebab-sebab lain atau sebarang masalah darah yang lain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x.	HIV positive or AIDS or any sexually transmitted disease such as syphilis, gonorrhoea, genital disorder or disease? <i>HIV positif atau AIDS atau penyakit berjangkit disebabkan oleh hubungan seks seperti sifilis, gonorea, masalah atau penyakit kemaluan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xi.	Any illness, disease or injury not mentioned above? <i>Sebarang keuzuran, penyakit atau kecederaan yang tidak dinyatakan di atas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FEMALE ONLY / WANITA SAHAJA					
7.	Have you ever had any disorder of the breast, anemia, menstrual or female organs disorder, pregnancy complications during gestation, complications at childbirth, pap smear (cervical smear test) or ultrasound of the pelvis or cone biopsy which you were advised to repeat within 6 months, abnormal mammogram or been advised to have a mammogram, ultrasound or biopsy of the breast? <i>Pernahkah anda mengalami tanda-tanda penyakit payudara, anemia, masalah haid atau sistem peranakan, komplikasi ketika kehamilan, kesulitan ketika melahirkan anak, mengulangi pemeriksaan pap smear (ujian pap serviks) atau ultrabunyi pada pinggul atau biopsi kon dalam jangka masa 6 bulan, mammogram luar biasa atau telah disarankan untuk menjalani mammogram, ultrasound atau biopsi payudara?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Have you ever had, or received any treatment for, or intend to or consulted a physician for: <i>Pernahkah anda mengalami atau menerima rawatan untuk, atau bercadang atau berjumpa dengan doktor untuk:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Any disease or disorder of the breast including breast lump, cyst, fibroadenoma, fibrocystic disease, nipple changes or discharge, cancer and growth? <i>Penyakit atau gangguan payudara termasuk ketumbuhan, sista, fibroadenoma, penyakit fibrocystic, perubahan puting susu atau bernanah, ketumbuhan dan barah?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii.	Any disease or disorder of the cervix uteri, uterus or ovaries including ovarian cyst, abnormal uterine or vaginal bleeding, abnormal, enlargement of the abdomen, fibroid polyp, growth and cancer? <i>Penyakit atau gangguan terhadap uteri serviks, rahim atau ovari termasuk sista ovari, faraj yang tidak normal atau pendarahan rahim, pembesaran perut yang luar biasa, polip fibroid, ketumbuhan dan barah?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii.	Systemic Lupus Erythematosus, joint pain, facial skin rash, rheumatoid disease or arthritis? <i>Sistemik Lupus Erythematosus, sakit sendi, ruam kulit wajah, penyakit rheumatoid atau arthritis?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	If any of questions 1 to 8 is answered "Yes", please complete the details below. Please use a separate sheet of paper if necessary and submit copy of test/report/investigation done (if any) / Jika ada mana-mana Soalan 1 hingga 8 dijawab "Ya", sila lengkapkan maklumat mengenainya di bawah dan gunakan lampiran bertlainan jika perlu. Sila kemukakan salinan ujian/laporan/siasatan dilakukan (jika ada).				
	Question No. <i>No. Soalan</i>	Date of Occurrence <i>Tarikh Berlaku</i>	Description of Disability/Illness <i>Penjelasan Mengenai Hilang Upaya/Penyakit</i>	Result of Treatment <i>Keputusan Rawatan</i>	Name of Doctor and Hospital Address <i>Nama Doktor dan Alamat Hospital</i>
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____
10.	Do you smoke? / Adakah anda merokok? <input type="checkbox"/>		How many years you been smoker? / Sudah berapa tahun anda seorang perokok? <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
	Have you smoked in the past twelve months? / Adakah anda merokok dalam tempoh dua belas terakhir?				<input type="checkbox"/>
	Life Assured / <i>Diri Yang Diinsuranskan</i>	If Yes / <i>Jika Ya</i>	<input type="text"/>	Cigarettes/cigar per day / <i>batang rokok/curut sehari</i>	
	Policy Owner / <i>Pemilik Polisi</i>	If Yes / <i>Jika Ya</i>	<input type="text"/>	Cigarettes/cigar per day / <i>batang rokok/curut sehari</i>	
11.	Do you consume beer, wine or other alcohol? / Adakah anda meminum bir, wain atau minuman alkohol yang lain?				<input type="checkbox"/>
	Life Assured / <i>Diri Yang Diinsuranskan</i>	If Yes / <i>Jika Ya</i>	<input type="text"/>	Bottles/glasses per week / <i>Botol/gelas seminggu</i>	
	Policy Owner / <i>Pemilik Polisi</i>	If Yes / <i>Jika Ya</i>	<input type="text"/>	Bottles/glasses per week / <i>Botol/gelas seminggu</i>	
12.	Have you ever used habit forming drugs or narcotics (e.g cannabis, ecstasy, cocaine, heroin, anabolic steroids or similar substances), or treated for a drug habit, or consumed drugs other than those prescribed by doctors? / Adakah anda pernah mempunyai tabiat pengambilan dadah atau narkotik (contohnya ganja, ekstasi, kokain, heroin, steroid anabolik atau bahan-bahan yang serupa), atau dirawat untuk tabiat dadah, atau digunakan ubat-ubatan selain daripada yang ditetapkan oleh doktor?				<input type="checkbox"/>

G. HEALTH DETAILS / MAKLUMAT-MAKLUMAT KESIHATAN (continued / bersambung)		Life Assured / Diri Yang Diinsuranskan		Policy Owner / Pemilik Polisi	
		Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak
13.	Are you now contemplating to engage in any of the following activities:- <i>Adakah anda menjangka akan terlibat dalam aktiviti-aktiviti di bawah:-</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Hazardous sport, races or flying other than as fare paying passenger on a regular scheduled airline. Please provide details. <i>Sukan yang merbahaya, perlumbaan atau menaiki penerbangan selain sebagai penumpang di penerbangan berjadual. Sila berikan maklumat lanjut.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii.	Have you in the past 3 years engaged in such flying, diving or any other hazardous sports. Please provide details. <i>Dalam tempoh 3 tahun lalu pernahkah anda melibatkan diri dalam aktiviti-aktiviti seperti penerbangan, penerjunan atau sukan-sukan yang merbahaya. Sila berikan maklumat lanjut.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Have you ever had life or health insurance coverage with or any other company (including in-forced or lapsed policy)? If the answer is "Yes", please give details: <i>Pernahkah anda memiliki sebarang perlindungan insurans hayat atau insurans kesihatan dengan syarikat ini atau syarikat lain (termasuk polisi yang dikuatkuasa atau yang tamat tempoh)? Jika dijawab "Ya", sila jelaskan:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Have you ever had the application for or renewal or reinstatement of any life policy, medical policy or supplementary contract been declined, postponed, rated or in any way modified? If the answer is "Yes", please give details: <i>Pernahkan permohonan atau pembaharuan atau penyambungan semula sebarang polisi hayat, polisi perubatan atau kontrak tambahan anda ditolak, ditangguh, ditarafkan atau diubah dalam apa jua cara? Jika dijawab "Ya", sila jelaskan:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	My usual doctor is / <i>Doktor biasa saya adalah</i> <input type="checkbox"/> Hospital / <i>Hospital</i> <input type="checkbox"/> Specialist Clinic / <i>Klinik Pakar</i> <input type="checkbox"/> GP Clinic / <i>Klinik GP</i> Reason of Visit / <i>Punca Lawatan:</i> _____ Address / <i>Alamat:</i> _____ City/Town / <i>Bandar/Pekan:</i> _____ Post Code / <i>Poskod:</i> _____ Telephone No. / <i>No. Telefon:</i> _____				

**H. DECLARATION OF PERSONAL DATA PROTECTION ACT (PDPA) & FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT (FATCA) /  
PENGISYTIHARAN AKTA PERLINDUNGAN DATA PERIBADI (PDPA) & AKTA PEMATUHAN CUKAI AKAUN ASING (FATCA)**

I/We agree that AmMetLife, AmBank Group and/or MetLife Inc. and its subsidiaries and affiliates (MetLife Group), and their related companies, subsidiaries, holding company, business partners and any third party (within or outside Malaysia) can share and use my/our data and personal information for the purpose of promoting its related companies', subsidiaries', holding company's, business partners' and any third party products, new services and support requirements; and marketing campaigns and commercial transaction activities. I/We can withdraw this permission at any time by letting AmMetLife know in writing. / *Saya/Kami bersetuju bahawa AmMetLife, Kumpulan AmBank dan/atau MetLife Inc. dan anak syarikat dan sekutu (Kumpulan MetLife), dan syarikat-syarikat berkaitan, anak syarikat, syarikat induk, rakan kongsi perniagaan dan mana-mana pihak ketiga (dalam atau di luar Malaysia) boleh berkongsi dan menggunakan data saya/kami dan maklumat peribadi untuk maksud menggalakkan syarikat-syarikat berkaitan, syarikat-syarikat subsidiari, pegangan, rakan kongsi perniagaan syarikat dan mana-mana produk pihak ketiga, perkhidmatan baru dan keperluan sokongan; dan kempen pemasaran dan aktiviti-aktiviti urus niaga perdagangan. Saya/Kami boleh menarik balik kebenaran ini pada bila-bila masa dengan membiarkan AmMetLife tahu secara bertulis.*

Yes / Ya     No / Tidak

I/We further understand and agree that AmMetLife shall have the right to use my/our data and personal information for the purpose of the insurance operational process which might include transfer of data and personal information, within or outside Malaysia, to MetLife Group, AmMetLife's other related companies, subsidiaries and/or its holding companies, outsourcing partners, reinsurers, solicitors, affiliate companies, their outsourcing partners and to any regulatory bodies, or any relevant foreign tax authority, including any reporting obligations by AmMetLife, its shareholders or its related/affiliated entities under the United States Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA). / *Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa AmMetLife berhak untuk menggunakan data dan maklumat peribadi saya/kami untuk tujuan proses operasi insurans yang mungkin termasuk pemindahan data dan maklumat peribadi, di dalam atau di luar Malaysia, ke Kumpulan MetLife, lain-lain syarikat berkaitan AmMetLife, subsidiari dan/atau syarikat pegangan, rakan-rakan khidmat luar, pelindung semula insurans, peguamcara, syarikat-syarikat gabungan, rakan-rakan khidmat luar mereka dan kepada sebarang badan pengawal selia, atau mana-mana pihak berkuasa cukai asing yang berkaitan termasuk sebarang keperluan laporan oleh AmMetLife, pemegang-pemegang saham atau entiti berkaitan/gabungan di bawah Akta Pematuhan Cukai Akaun Asing Amerika Syarikat (FATCA).*

I/We can withdraw this permission at any time by letting AmMetLife know in writing. / Saya/Kami boleh menarik semula kebenaran ini pada bila-bila masa dengan memaklumkan secara bertulis kepada AmMetLife.

I/We understand that I/We have a right to obtain access to and to request correction of any data and personal information held by AmMetLife concerning me/us. Such request can be made via a written request to AmMetLife. / Saya/Kami memahami bahawa saya/kami berhak untuk mendapatkan akses dan untuk memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi dan data yang dipegang oleh AmMetLife berkenaan saya/kami. Permohonon tersebut boleh dilakukan secara bertulis kepada AmMetLife.

I/We have read and understood the AmMetLife's Privacy Notice, which is available at AmMetLife's website and branches. / Saya/Kami telah membaca dan memahami Notis Privasi AmMetLife, yang terdapat di laman web dan cawangan-cawangan AmMetLife.

I/We understand that AmMetLife will deduct any withholding required by FATCA. / Saya/Kami memahami bahawa AmMetLife akan memotong sebarang penyekatan yang diperlukan oleh FATCA.

I/We further understand that AmMetLife reserves the right, within its sole discretion, to cancel this proposal in the event that appropriate documentation of my/our US or non-US status for purposes of FATCA is not timely provided to AmMetLife. In particular, in the event that applicable laws or regulations of Malaysia would prohibit withholding on payments to the policy or prohibit the reporting of the policy, and no waiver of such local law is obtained, AmMetLife reserves the right to terminate the policy. / Saya/Kami juga memahami bahawa AmMetLife berhak, bergantung pada budi bicara, untuk membatalkan permohonan ini sekiranya dokumen-dokumen daripada saya/kami yang diperlukan berkenaan dengan status AS atau bukan AS untuk tujuan FATCA tidak diserahkan dalam masa yang ditetapkan kepada AmMetLife. Khususnya, sekiranya undang-undang atau peraturan-peraturan Malaysia yang berkaitan akan menghalang sekatan pembayaran kepada polisi atau menghalang laporan kepada polisi tersebut dan tiada perlepasan yang diterima daripada undang-undang tempatan tersebut, AmMetLife berhak untuk menutup polisi tersebut.

#### I. DECLARATION BY POLICY OWNER/LIFE ASSURED / PENGAKUAN OLEH PEMILIK POLISI/DIRI YANG DIINSURANSKAN

I declare and agree on behalf of myself and any person(s), firm or corporation, who may have or claim any interest in any insurance on this proposal, that: / Saya dengan ini mengaku dan bersetuju bagi pihak diri saya dan sesiapa juga, firma atau organisasi yang mungkin menuntut atau mempunyai sebarang kepentingan dalam sebarang insurans yang dikeluarkan melalui borang cadangan ini:

- (a) That I shall take reasonable care not to make a misrepresentation to AmMetLife upon answering any specific question on this proposal which is referred to me and further agree that I shall take reasonable care to disclose any matter, that I know to be relevant to AmMetLife's decision on whether to accept the risk or otherwise. / Bahawa saya akan berhati-hati untuk tidak menyalahgambarkan AmMetLife apabila menjawab sebarang soalan spesifik berkenaan cadangan ini yang dirujuk kepada saya dan seterusnya bersetuju bahawa saya akan berhati-hati apabila mendedahkan sebarang perkara, yang saya tahu adalah relevan kepada keputusan AmMetLife sama ada untuk menerima risiko atau tidak.
- (b) All declarations, statements and answers in this proposal form and in questionnaires or other documents completed in connection with this application and statements made and answers given to AmMetLife's medical examiner(s), are full, complete and true, and I understand that AmMetLife, believing them to be such, will rely and act on them, otherwise any policy issued hereunder may be avoided, my claim denied or reduced, the terms of the policy changed or varied, or the Policy terminated. I have read and understood the contents of the proposal form including all warnings and notices therein and I have fully and accurately answered all the questions in the proposal form and the other questions asked by AmMetLife, if any, after having fully read and understood the questions. / Semua pengakuan, keterangan dan jawapan di dalam borang cadangan dan soalan, serta dokumen yang diisi berkaitan dengan cadangan ini dan jawapan serta keterangan yang diberi kepada doktor AmMetLife sewaktu pemeriksaan kesihatan adalah benar dan sepenuhnya, dan saya memahami pihak AmMetLife akan percaya tentang kebenarannya serta akan bergantung dan bertindak ke atasnya. Jika tidak, sebarang polisi ini boleh dielakkan dan tuntutan saya dinafikan atau dikurangkan, terma-terma polisi ditukar atau diubah, atau Polisi ini ditamatkan. Saya telah membaca dan memahami isi kandungan borang cadangan termasuk semua peringatan dan notis di dalamnya dan Saya telah menjawab semua soalan dalam borang cadangan dan soalan lain yang ditanya oleh AmMetLife, jika ada, dengan lengkap dan tepat selepas membaca dan memahami soalan-soalan tersebut sepenuhnya.
- (c) All declarations and statement or answers in this proposal form and any required statement to AmMetLife's Medical Examiner, questionnaires or written amendments together with the relevant policy shall constitute the entire contract between the parties there into so far as it may be relevant to the policy or policies issued. I am aware that I must inform AmMetLife of any change to the answers given in the proposal form if the change occurred after I have submitted the proposal form but before the contract is entered into. / Semua pengakuan dan keterangan yang dibuat dan kenyataan kepada doktor AmMetLife, sebarang jawapan kepada soalan-soalan tambahan atau perubahan yang dibuat bersama-sama polisi akan menjadi asas perjanjian di antara pihak berkenaan. Saya mengetahui bahawa saya mesti memberitahu AmMetLife mengenai sebarang perubahan pada jawapan yang telah diberikan dalam borang cadangan jika perubahan tersebut berlaku selepas saya menyerahkan borang cadangan tetapi sebelum kontrak dimeterai.
- (d) Understand and agree that the insurance coverage applied for shall not take effect unless and until written acceptance of this offer is communicated by AmMetLife during my lifetime and in good health and upon payment of the first premium. I fully understand that my answers and/or statements given in respect of the questions asked by AmMetLife, and any other relevant documents completed by me in connection with the proposal and in any medical report or amendments (collectively referred to as "the information") are relevant to AmMetLife in deciding whether to accept my proposal or not and the rates and terms to be applied. / Memahami dan bersetuju bahawa perlindungan insurans yang dipohon hanya akan berkuatkuasa apabila penerimaan tawaran tersebut diberitahu secara bertulis oleh AmMetLife semasa hayat saya dan dalam keadaan kesihatan yang sihat dan premium pertama telah dibayar. Saya benar-benar memahami bahawa jawapan dan/atau pernyataan yang saya beri berkaitan dengan soalan yang ditanya oleh AmMetLife, dan mana-mana dokumen lain yang berkaitan yang dilengkapkan oleh saya berhubung dengan cadangan dan dalam mana-mana laporan perubatan atau pindaan (secara kolektif dirujuk sebagai "maklumat") adalah berkaitan dengan AmMetLife dalam membuat keputusan sama ada hendak menerima cadangan saya atau tidak serta kadar dan terma yang akan dipakai.
- (e) State that if any answers or statements in this proposal form are not in my own handwriting, I certify that I have checked them or they have been read over to me, and certify that they are correct. / Mengaku bahawa sekiranya jawapan atau kenyataan di dalam borang cadangan ini adalah bukan tulisan saya, saya mengesahkan bahawa saya telah menyemak atau pernyataan tersebut telah dibaca kepada saya, dan mengesahkan ia adalah betul.
- (f) I have given to AmMetLife's Agent/Bank Sales Staff named below no other information, except those written in this proposal and that to the best of my knowledge and belief, AmMetLife's Agent/Bank Sales Staff has given no other information or knowledge, relating to any circumstances relevant to the acceptance of the risk. / Saya telah memberi keterangan kepada Ejen/Kakitangan Jualan Bank AmMetLife seperti yang bernama di bawah lain-lain maklumat, kecuali yang tertulis di dalam borang cadangan ini dan sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya, Ejen/Kakitangan Jualan Bank AmMetLife tidak memberi maklumat/keterangan yang berkaitan dengan sebarang perihal berhubung penerimaan risiko.
- (g) I am making this application independent of any statement made by AmMetLife's Agent/Bank Sales Staff named below contrary to the provisions as contained in AmMetLife's standard policy. / Saya membuat cadangan ini bebas daripada sebarang kenyataan yang dibuat oleh Ejen/Kakitangan Jualan Bank AmMetLife dan bebas dari sebarang kenyataan yang bertentangan dengan peruntukan sebagaimana yang terdapat dalam polisi AmMetLife.
- (h) I, the Proposer confirm that I have not been declared a bankrupt. / Saya, Pencadang mengesahkan bahawa saya tidak pernah diisytiharkan sebagai seorang muflis.
- (i) I, the Life Assured confirm that I have not been declared a bankrupt. / Saya, Diri Yang Diinsuranskan mengesahkan bahawa saya tidak pernah diisytiharkan sebagai seorang muflis.

Agree / Bersetuju       Disagree / Tidak Bersetuju

(j) I hereby authorise any doctor/specialist, hospital, clinic, insurance company or other organisation, institution or person, that has any records or knowledge of me or my health, to disclose to AmMetLife or its representative any and all information about me with reference to my health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment. This authorisation shall irrevocably bind my successors and assigns and remain valid, notwithstanding my death or incapacity and a photocopy of this authorisation shall be effective and valid as the original. Furthermore, unless my prior consent has been obtained, AmMetLife shall at all times, keep all results of any such tests confidential and the use thereof shall only be for the purpose of this application or further application for insurance with AmMetLife except to such an extent that disclosure is required by the Life Insurance Association of Malaysia, any proper Government Authority or by Law. / Saya dengan ini memberi kuasa kepada sebarang doktor, hospital, klinik, syarikat insurans atau organisasi lain, institusi dan sesiapa juga yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan mengenai saya atau kesihatan saya untuk memberi AmMetLife atau wakilnya sebarang keterangan atau semua maklumat mengenai kesihatan dan rekod rawatan perubatan dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan sakit atau penyakit saya dan salinan surat ini akan dianggap sah sebagai salinan asal. Sekiranya kebenaran saya telah diperolehi, pihak AmMetLife mestilah pada setiap masa, menyimpan segala rekod-rekod sulit hanya bagi tujuan cadangan ini ataupun yang seterusnya dengan AmMetLife kecuali pihak Persatuan Insurans Hayat Malaysia (LIAM) atau pihak kerajaan memerlukannya.

Witness Name (1) /  
Nama Saksi: .....

Signed At / Ditandatangani Di: .....

NRIC No. / No. K.P.: .....

Date / Tarikh : 

D	D
---	---

 / 

M	M
---	---

 / 

Y	Y	Y	Y
---	---	---	---

**J. IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING**

- (a) The Life Assured's age will be admitted if due proof is furnished to AmMetLife. Proof of age of the Life Assured will be required prior to any payment of benefits under this policy. / Bukti ke atas umur Diri Yang Diinsuranskan hendaklah dikemukakan kepada AmMetLife sebelum apa-apa bayaran faedah dibuat.
- (b) You are entitled to ask for and study the brochure and sales illustration in respect of the life policy, paying particular attention to the benefits which are guaranteed, which are not guaranteed and your duties as the policy owner under the policy contract. / Anda berhak meminta dan meneliti risalah dan ilustrasi jualan polisi hayat yang anda berminat dan memberi perhatian ke atas faedah terjamin dan faedah tidak terjamin serta kewajipan anda sebagai pemilik polisi seperti yang terdapat di dalam perjanjian.
- (c) Please complete the Nomination Section if you wish to appoint nominee(s). / Sila lengkapkan Seksyen Penamaan jika anda ingin melantik penama.

**K. CONSENT OF PARENT/LEGAL GUARDIAN (to be completed if Life Assured aged between 10 and 16 years old who propose on their own life) / KEBENARAN DARIPADA IBUBAPA/PENJAGA SAH (untuk dilengkapkan jika Diri yang Diinsuranskan yang berusia antara 10 hingga 16 tahun mencadangkan diri sendiri untuk diinsuranskan).**

I, \_\_\_\_\_ NRIC No. \_\_\_\_\_  
Saya, \_\_\_\_\_ No. K.P. \_\_\_\_\_

being the parent/legal guardian do hereby give my consent to my son/daughter  
sebagai ibu bapa/penjaga yang sah dengan ini memberi kebenaran kepada anak saya

\_\_\_\_\_ NRIC No. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ No. K.P. \_\_\_\_\_

to apply for a policy on his/her own life under Proposal No. \_\_\_\_\_  
untuk memohon polisi diatas diri beliau dibawah Nombor Cadangan.

The premium payable on the policy shall be paid by me/life insured.  
Premium yang perlu dibayar keatas polisi akan dibayar oleh saya/diri yang Diinsuranskan.

**L. DECLARATION BY AGENT/BANK SALES STAFF / PENGAKUAN OLEH EJEN/KAKITANGAN JUALAN BANK**

I declare and confirm that / Saya mengaku bahawa:

- 1. All information contained in this proposal is the only information given to me by the proposed assured, and I have not withheld any other information which might influence the acceptance of this proposal. / Semua maklumat yang terkandung di dalam borang cadangan ini adalah maklumat yang hanya diberi oleh pemohon, dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting yang mungkin mempengaruhi penerimaan cadangan ini.
- 2. I have not made any statement to the proposed assured contrary to the provision as contained in AmMetLife's standard policy. / Saya tidak memberi apa-apa kenyataan kepada pemohon yang bercanggah dengan peruntukan yang terkandung di dalam Polisi AmMetLife.
- 3. I have sighted the original NRIC/Passport/Birth Certificate and verified the details. / Saya telah meneliti Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran asal dan mengesahkan butirannya.

Name / Nama: .....

NRIC No. / No. K.P.: .....

Date / Tarikh: 

D	D
---	---

 / 

M	M
---	---

 / 

Y	Y	Y	Y
---	---	---	---



**M. VERIFICATION ON AUTHENTICITY OF IDENTITY / PENGESAHAN KESAHIHAN IDENTITI**

(For Use by Insurance Staff or Intermediary only) / (Untuk digunakan oleh Kakitangan Insurans atau Wakil sahaja)

I hereby confirm the following / Saya dengan ini mengesahkan pekara berikut:

- Original identity document sighted / Dokumen pengenalan asal telah dilihat
- Photocopy of identity document attached for individuals / Salinan fotokopi dokumen pengenalan dilampirkan
- Photocopy of Business Registration Certificate for Company / Salinan fotokopi Sijil Pendaftaran Perniagaan untuk Syarikat

Date / Tarikh   /   /

Name of Agent/Bank Sales Staff / Nama Ejen/Kakitangan Jualan Bank \_\_\_\_\_

I.C No. / No. K.P \_\_\_\_\_

Date Received at Branch Office / Tarikh Diterima Di Pejabat Cawangan

/   /

**Special Notification:**

The applicant is hereby notified that the AmMetLife has appointed agent/Bank Sales Staff who have the authority to solicit or negotiate contracts of insurance on behalf of the AmMetLife. All authorised agents/Bank Sales Staff are issued with authorisation cards.

**Maklumat Khas:**

Pemohon dengan ini diberitahu bahawa AmMetLife telah melantik ejen/Kakitangan Jualan Bank yang diberi kebenaran untuk merundingkan kontrak insurans bagi pihak AmMetLife. Semua ejen/Kakitangan Jualan Bank sah diberikan kad pengesahan.

**N. DECLARATION OF DISCLOSURE ON MEDICAL AND HEALTH INSURANCE (MHI) / DEKLARASI PEMBERITAHUAN UNTUK INSURANS PERUBATAN DAN KESIHATAN (MHI)**

You are advised to read through the checklist below which explains the essentials features of the MHI policy so that you are able to make an informed decision before purchasing the policy. If you are in doubt or where there is ambiguity, please seek clarification from your insurance intermediary.

Anda dinasihatkan agar membaca senarai semakan di bawah yang menjelaskan ciri-ciri penting polisi MHI agar anda membuat keputusan berpengetahuan sebelum membeli polisi. Jika anda ragu-ragu atau terdapat percanggahan, sila dapatkan penjelasan dari wakil insurans anda.

I hereby declare that AmMetLife Insurance and/or its Bank Sales Staff/agent has briefed me of the important features of the MHI policy I am purchasing, and that I am aware of, and understand the following:

Saya dengan ini mengesahkan bahawa AmMetLife Insurance dan/atau Kakitangan Jualan Bank/ejen telah memberikan penjelasan kepada saya mengenai ciri-ciri penting polisi MHI yang saya beli, dan saya mengetahui, dan memahani mengenai yang berikut:

**1. TERMS & CONDITIONS OF THE INSURANCE / TERMA & SYARAT INSURANS****a. Benefits/Features / Manfaat/Ciri-ciri**

- The benefits that I am entitled to under the policy. / Manfaat yang layak saya perolehi di bawah polisi.
- Limits of the benefits I am entitled to under the policy. / Had manfaat yang layak saya perolehi di bawah polisi
- The increase in premiums due to increase in my age. / Peningkatan premium sejajar peningkatan umur saya.

**b. Applicability / Kelayakan**

- The exclusions or restrictions of the policy to which I am subjected to. / Pengecualian atau sekatan polisi di mana saya tertakluk kepadanya.
- Pre-existing conditions, specified illnesses and qualifying periods to which I must observe in the conduct of this policy. / Keadaan sedia-ada, penyakit khusus dan tempoh kelayakan yang perlu saya patuhi dalam pelaksanaan polisi ini.

**2. MY RIGHT OF ACTION AS POLICYHOLDER/INSURED / HAK SAYA SEBAGAI PEMEGANG POLISI/DIINSURANS**

- I am entitled to review the suitability of the MHI product/policy to my needs. If I find the product unsuitable for whatever reason, I have the right to return the policy to AmMetLife Insurance within 15 days from the delivery date of the policy (and that this period is referred to as the cooling-off period). / Saya berhak untuk menyemak kesesuaian produk/polisi MHI mengikut keperluan saya. Jika saya mendapati produk tidak bersesuaian atas sebarang sebab, saya berhak untuk mengembalikan polisi kepada AmMetLife Insurance dalam masa 15 hari dari tarikh penghantaran polisi (dan tempoh ini dirujuk sebagai tempoh bertenang)

- Upon such return of the policy to AmMetLife Insurance within 15 days of the cooling-off period, I am entitled for a refund of full premiums less any medical expenses incurred by AmMetLife Insurance for the issuance of the policy. However, I understand that where the MHI is a rider i.e attached to an Investment-linked Policy, the refund of premium will be subject to the conditions of the policy. / Apabila polisi dikembalikan kepada AmMetLife Insurance dalam masa 15 hari tempoh bertenang, saya berhak untuk mendapat pengembalian premium penuh ditolak sebarang perbelanjaan perubatan yang ditanggung oleh AmMetLife Insurance untuk polisi dikeluarkan. Bagaimanapun, saya memahami bahawa di mana MHI adalah rider i.e dilampirkan kepada Polisi Berkaitan-Pelaburan, pengembalian premium adalah tertakluk kepada syarat polisi tersebut.

- I am fully aware of the implications arising from: / Saya mengetahui sepenuhnya implikasi yang disebabkan oleh:

- (i) switching of policies from one insurer to another, or / penukaran polisi dari satu penginsurans kepada yang lain, atau
- (ii) transferring from one type of MHI plan to another, / pemindahan dari satu jenis pelan MHI kepada yang lain.

whereby the limits of benefits entitled to me then would be the lesser of the previous or current policy, whichever is applicable. / di mana had manfaat yang layak saya perolehi akan berkurangan daripada had polisi terdahulu atau semasa, yang mana berkaitan.

**3. AmMETLIFE INSURANCE RIGHT OF ACTION AS INSURER / HAK BERTINDAK AmMETLIFE INSURANCE SEBAGAI SYARIKAT INSURANS**

- AmMetLife Insurance has the right and discretion to review and revise the premiums payable. / AmMetLife Insurance berhak dan berkuasa untuk menyemak dan mengkaji premium yang perlu dibayar.
- AmMetLife Insurance has the right to repudiate liability in the event that I fail to disclose relevant and material information that would affect the decision of AmMetLife Insurance in underwriting the policy. / AmMetLife Insurance berhak untuk menolak liabiliti jika saya gagal menyatakan maklumat material dan berkaitan yang boleh menjejaskan keputusan AmMetLife Insurance untuk menjaja jamin polisi tersebut.

The above essential information on major features of the product has been satisfactorily explained to me. / Saya berpuashati dengan penjelasan yang dibuat kepada saya mengenai maklumat penting di atas berhubung ciri-ciri utama produk.

Date /  
Tarikh

D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Name of policy owner /  
Nama pemilik polisi

I.C No. /  
No. K.P Baru

I hereby confirm that above details have been disclosed and explained to the applicant. / Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas telah dijelaskan kepada pemohon.

Witness Name (2) / Nama Saksi:

Name of the Agent/Bank Sales Staff  
Nama Ejen/Kakitangan Jualan Bank

#### O. DETAILS OF NOMINEE(S) / BUTIR-BUTIR PENAMA

Upon approval and issuance of this policy by AmMetLife Insurance Berhad, I hereby nominate the following as nominee(s) to receive all policy monies payable upon my death under the basic policy and any supplementary benefits. / Selepas kelulusan dan pengeluaran polisi tersebut oleh AmMetLife Insurance Berhad, saya dengan ini menamakan penama-penama berikut untuk menerima segala wang polisi yang boleh dibayar atas polisi asas dan mana-mana faedah tambahan apabila saya meninggal dunia.

##### FIRST NOMINEE / PENAMA PERTAMA

Name /  
Nama

Nationality /  
Warganegara

NRIC/Birth Certificate/Passport No. /  
No. K.P./Sijil Kelahiran/Pasport

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

Date of Birth /  
Tarikh Lahir

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Relationship /  
Hubungan

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

Gender /  
Jantina

Male /  
Lelaki

Female /  
Perempuan

Share /  
Bahagian

%

Address / Alamat

(if different from Policy Owner / jika  
berlainan dengan Pemilik Polisi)


Occupation /  
Pekerjaan

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

Nature of Business /  
Jenis Industri

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

Employer Name /  
Nama Majikan

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

Employer Address /  
Alamat Majikan


##### SECOND NOMINEE / PENAMA KEDUA

Name /  
Nama

Nationality /  
Warganegara

NRIC/Birth Certificate/Passport No. /  
No. K.P./Sijil Kelahiran/Pasport

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

Date of Birth /  
Tarikh Lahir

D	D	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Relationship /  
Hubungan

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

Gender /  
Jantina

Male /  
Lelaki

Female /  
Perempuan

Share /  
Bahagian

%

Address / Alamat

(if different from Policy Owner / jika  
berlainan dengan Pemilik Polisi)


Occupation /  
Pekerjaan

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

Nature of Business /  
Jenis Industri

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

Employer Name /  
Nama Majikan

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

Employer Address /  
Alamat Majikan


**THIRD NOMINEE / PENAMA KETIGA**

Name / Nama  Nationality / Warganegara

NRIC/Birth Certificate/Passport No. / No. K.P./Sijil Kelahiran/Pasport  Date of Birth / Tarikh Lahir  Relationship / Hubungan

Gender / Jantina  Male / Lelaki  Female / Perempuan  Share / Bahagian  %

Address / Alamat (if different from Policy Owner / jika berlainan dengan Pemilik Polisi)

Occupation / Pekerjaan  Nature of Business / Jenis Industri

Employer Name / Nama Majikan

Employer Address / Alamat Majikan

**P. DETAILS OF TRUSTEE / BUTIR PEMEGANG AMANAH**

I hereby nominate the following trustee(s) to receive the money payable under this policy and reserve the right to remove or appoint additional trustee(s) and revoke all the existing trustee(s) if (any) named earlier subject to written consent from the existing trustee(s). / Saya dengan ini menamakan Pemegang Amanah berikut untuk menerima pembayaran wang polisi ini dan mempunyai hak untuk meminda atau melantik Pemegang Amanah yang lain dan membatalkan Pemegang Amanah yang sedia ada sebelum ini (jika ada) tertakluk kepada kebenaran bertulis pemegang-pemegang amanah sedia ada.

Where there are 2 Trustees, the Trustees will exercise or perform the powers under the trust jointly upon death of the Policy Owner. However, in the event of death of one of the Trustees, the surviving Trustee shall exercise or perform the powers under the trust. / Sekiranya terdapat 2 Pemegang Amanah, Pemegang Amanah akan menjalankan atau melaksanakan kuasa di bawah amanah itu bersama apabila berlaku Kematian Pemilik Polisi. Walau bagaimanapun, sekiranya berlaku Kematian ke atas salah seorang daripada Pemegang Amanah, Pemegang Amanah yang masih hidup hendaklah menjalankan atau melaksanakan kuasa di bawah amanah tersebut.

**FIRST TRUSTEE / PEMEGANG AMANAH PERTAMA**

Name / Nama  Nationality / Warganegara

NRIC/Birth Certificate/Passport No. / No. K.P./Sijil Kelahiran/Pasport  Date of Birth / Tarikh Lahir  Relationship / Hubungan

Gender / Jantina  Male / Lelaki  Female / Perempuan

Address / Alamat (if different from Policy Owner / jika berlainan dengan Pemilik Polisi)

Occupation / Pekerjaan  Nature of Business / Jenis Industri

Employer Name / Nama Majikan

Employer Address / Alamat Majikan

I the proposer hereby confirm that the Trustee will be notified of the appointment in respect to the above-mentioned policy. / Saya selaku pencadang mengesahkan bahawa Pemegang Amanah akan dimaklumkan mengenai perlantikan itu yang berkenaan dengan polisi yang dinyatakan di atas.

**SECOND TRUSTEE / PEMEGANG AMANAH KEDUA**

Name / Nama  Nationality / Warganegara

NRIC/Birth Certificate/Passport No. / No. K.P./Sijil Kelahiran/Pasport  Date of Birth / Tarikh Lahir  Relationship / Hubungan

Gender / Jantina  Male / Lelaki  Female / Perempuan

Address / Alamat (if different from Policy Owner / jika berlainan dengan Pemilik Polisi)

Occupation / Pekerjaan  Nature of Business / Jenis Industri

Employer Name / Nama Majikan

Employer Address / Alamat Majikan

I the proposer hereby confirm that the Trustee will be notified of the appointment in respect to the above-mentioned policy. / Saya selaku pencadang mengesahkan bahawa Pemegang Amanah akan dimaklumkan mengenai perlantikan itu yang berkenaan dengan polisi yang dinyatakan di atas.

**Q. NOTICE / NOTIS**

i. If you are a **NON MUSLIM** and your nominee named is your spouse, child or parent (where there is no existing spouse or child at the time of nomination) your policy, upon AmMetLife's issuance, becomes a trust policy. A trustee should be appointed and thereafter you are not permitted to revoke your nomination, make financial variation, surrender, assign or pledge the policy as security, without the consent of the trustee(s). If trustees are not appointed, the following may become the trustees:

(a) The nominee who is competent or

(b) Where the nominee is incompetent, the parent of the incompetent nominee and where there is no surviving parent, the Public Trustee.

(c) **YOU AS THE POLICY OWNER SHOULD NOT APPOINT YOURSELF TO BE A TRUSTEE**

*Sekiranya anda **BUKAN BERAGAMA ISLAM** dan penama ialah suami/isteri, anak atau ibubapa anda (di mana tiadanya suami/isteri atau anak-anak pada masa penamaan) polisi anda, setelah dikeluarkan oleh AmMetLife, menjadi polisi amanah. Pemegang amanah hendaklah dilantik dan selepas itu, anda tidak boleh membatalkan penamaan anda, melakukan pindaan kewangan, menyerahkan polisi, menyerahkan hak atau mencagarkan polisi sebagai sandaran, tanpa kebenaran daripada pemegang amanah. Sekiranya pemegang amanah belum dilantik, orang-orang yang berikut boleh menjadi pemegang amanah:*

(a) penama yang berkelayakan atau

(b) sekiranya penama tidak berkelayakan, maka ibubapa kepada penama yang tidak berkelayakan tersebut dan sekiranya ibubapanya telah meninggal dunia, maka tugas ini beralih kepada Pemegang Amanah Awam.

(c) **ANDA SEBAGAI PEMILIK POLISI TIDAK SEHARUSNYA MELANTIK DIRI ANDA SEBAGAI PEMEGANG AMANAH.**

ii. If your nominee is other than your spouse or child and in the case of your parent (where there is no existing spouse or child at the time of nomination) the nominee shall receive the death proceeds as an executor. If you intend such nominee to receive the death proceeds beneficially, you should assign the policy, upon issuance by AmMetLife. / *Sekiranya penama adalah bukan suami/isteri atau anak-anak tetapi adalah ibubapa anda (di mana tiada suami/isteri atau anak-anak pada masa penamaan), penama akan menerima prosid kematian sebagai wasi. Jika anda hendak penama menerima prosid kematian, anda hendaklah menyerah hak polisi tersebut, setelah ia dikeluarkan oleh AmMetLife.*

iii. If you are a **MUSLIM**, the named nominee shall receive the death proceeds as an executor and shall distribute in accordance with the laws of inheritance applicable to Muslims. Nomination for a trustee is not required. / *Sekiranya anda beragama ISLAM, penama yang dinamakan akan menerima prosid kematian sebagai wasi dan akan membahagikannya mengikut undang-undang harta pusaka yang terpakai kepada mereka yang beragama Islam. Penamaan pemegang amanah tidak diperlukan.*

iv. A policy owner who has attained the age of sixteen (16) years may nominate an individual to receive policy monies payable under his life policy upon his death under the policy by notifying AmMetLife in writing the Name, Date of Birth, New NRIC No. or Birth Certificate No. and Address of Nominee. / *Pemilik polisi yang telah mencapai umur enam belas (16) tahun boleh menamakan sesiapa sahaja untuk menerima wang polisi yang akan dibayar di bawah polisi hayat tersebut atas kematiannya di bawah polisi tersebut dengan memaklumkan AmMetLife secara bertulis Nama, Tarikh Lahir, No. KP Baru atau No. Sijil Kelahiran dan alamat Penama.*

v. It is advisable to appoint at least one nominee and keep the nominee informed of the appointment in order to facilitate the payment of policy monies payable upon death of the Life Assured. Failure to name a nominee may delay the payment of the policy monies. / *Dengan ini dinasihatkan untuk melantik sekurang-kurangnya seorang penama dan pastikan penama tersebut dimaklumkan akan lantikan tersebut bagi memudahkan pembayaran wang polisi yang akan dibayar atas kematian Diri Yang Diinsuranskan. Kegagalan untuk membuat penamaan boleh melambatkan pembayaran wang polisi tersebut.*

vi. A nomination made by the policy owner shall be revoked in the event of any one of the following:

(a) The death of the nominee;

(b) By a notice in writing given to AmMetLife by the policy owner, or

(c) By any subsequent nomination

*Penamaan yang dibuat oleh Pemilik Polisi akan dibatalkan sekiranya salah satu yang berikut berlaku:*

(a) Kematian Penama

(b) Dengan memberi notis bertulis kepada AmMetLife oleh Pemilik Polisi, atau

(c) Oleh mana-mana Penamaan kemudian

vii. A policy owner cannot revoke a nomination by a will, any other act, event or means. / *Pemilik Polisi tidak boleh membatalkan penamaan dengan wasiat, mana-mana tindakan, kejadian atau cara lain.*

viii. For further reference and information on the effect of nominations, please refer to the Schedule 10 of the Financial Services Act 2013 on Payment of Moneys Under Life Policy and Personal Accident Policy. / *Untuk rujukan dan informasi lanjut mengenai kesan penamaan, sila rujuk kepada Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 tentang Bayaran Wang di bawah Polisi Hayat dan Polisi Kemalangan Peribadi.*

Witness Name (3) /  
Nama Saksi (3)

I.C.Type /  
Jenis K.P.

NRIC / K.P.  Military ID/Police ID / ID Tentera/ID Polis  Birth Certificate / Sijil Kelahiran  Passport / Pasport  Others / Lain-lain

New NRIC No. /  
No. K.P Baru

Old NRIC No./Others /  
No. K.P. Lama/Lain-lain

Date at /  
Bertarikh pada

- Trustee must be at least 18 years old. A trustee would be bound by the provisions of the Trustees Act. / *Pemegang amanah mestilah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun. Pemegang amanah adalah terikat dengan peruntukan Akta Pemegang Amanah.*
- Witness must be at least 18 years old and a person of sound mind and not named as a trustee/nominee above. / *Saksi mestilah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun dan berfikiran waras dan tidak dinamakan sebagai Pemegang Amanah/penama di atas.*

#### Note / Nota-nota

MetLife is a multinational organization and as such, MetLife and AmMetLife as its associates are subject to the restrictions imposed by economic and trade sanctions programs in the United States as well as other countries where MetLife conducts business. Therefore, MetLife may not engage in any transactions, or pay claims that would violate any applicable trade or economic sanctions. AmMetLife shall not be deemed to provide coverage and AmMetLife shall not be liable to pay any claim or provide any Benefit to the extent that the provision of such Benefit would expose AmMetLife to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United States of America or any applicable laws. This policy will be deemed null and void should a party be subject to any aforementioned sanction or restriction at policy issuance. / MetLife merupakan sebuah organisasi multinasional, oleh itu MetLife dan AmMetLife sebagai sekutunya tertakluk kepada sekatan yang dikenakan oleh program sekatan ekonomi dan perdagangan di Amerika Syarikat dan negara-negara lain di mana MetLife menjalankan perniagaan. Oleh itu, MetLife tidak boleh terlibat dalam sebarang transaksi, atau membayar tuntutan yang akan melanggar sebarang sekatan perdagangan atau ekonomi yang berkaitan. AmMetLife tidak akan tertakluk untuk memberi perlindungan dan AmMetLife tidak akan bertanggungjawab untuk membayar sebarang tuntutan atau memberikan sebarang faedah sekiranya peruntukan faedah itu akan mendedahkan AmMetLife kepada sebarang sekatan, larangan atau sekatan di bawah resolusi Bangsa-Bangsa Bersatu atau sekatan perdagangan atau ekonomi, undang-undang atau peraturan-peraturan Kesatuan Eropah, United Kingdom atau Amerika Syarikat atau sebarang undang-undang yang berkenaan. Polisi ini akan dianggap terbatal dan tidak sah sekiranya sesuatu pihak tertakluk kepada sebarang sekatan-sekatan yang disebutkan atau sekatan ketika pengeluaran polisi.

#### TERMS AND CONDITIONS FOR CREDIT CARD AUTHORISATION / TERMA-TERMA DAN SYARAT-SYARAT UNTUK KEBENARAN KAD KREDIT.

In consideration of AmMetLife agreeing to accept my auto debit authorisation for it to debit my credit card account, I agree and confirm that / Dengan persetujuan AmMetLife untuk menerima kebenaran debit terus untuk mendebit akaun kad kredit saya, saya bersetuju dan mengesahkan:

- 1) The first debit shall commence any time from the date of submission of the Authorisation Form. Subsequent debit will be made on the 9th or 28th (or the following working day) of the month during which the premium/s is/are due.  
*Debit untuk kali pertama akan bermula pada bila-bila masa dari tarikh penyerahan Borang Kebenaran. Debit seterusnya akan dilakukan pada 9 atau 28 (atau hari bekerja berikutnya) pada bulan di mana premium adalah tertunggak.*
- 2) Premium payments that are payable will be considered as paid only upon successful processing of the debit by the Card Centre.  
*Bayaran premium yang perlu dibayar hanya akan dianggap sebagai telah dibayar apabila pemrosesan debit berjaya dilakukan oleh Pusat Kad.*
- 3) Insurance protection shall only commence from the date of approval of the application subject to full monthly premium/s being paid.  
*Perlindungan insurans hanya akan bermula dari tarikh kelulusan permohonan tertakluk kepada bayaran penuh premium untuk bulan tersebut.*
- 4) I shall accept full responsibility for all transactions arising from the use of this Credit Card in payment of premiums.  
*Saya menerima tanggungjawab penuh untuk semua urusniaga yang terbit daripada penggunaan Kad Kredit ini semasa pembayaran premium.*
- 5) I will ensure that AmMetLife is notified in writing of any changes, loss or replacement of my credit card, or cancellation of this authorisation at least one month before the next premium/s due. Such changes or cancellation will become effective only after AmMetLife has duly acknowledged receipt for such request.  
*Saya akan memastikan bahawa AmMetLife diberitahu dengan secara bertulis jika ada sebarang pertukaran, kehilangan atau penggantian kad kredit saya atau pembatalan kebenaran ini sekurang-kurangnya satu bulan sebelum premium seterusnya tertunggak. Pertukaran atau pembatalan akan berkesan selepas AmMetLife memberi perakuan penerimaan permohonan tersebut.*
- 6) I hereby agree to indemnify and keep AmMetLife indemnified against any claims, loss, costs and expenses which AmMetLife may suffer or incur as a result of my authorisation to debit my credit card account.  
*Saya dengan ini bersetuju untuk memastikan AmMetLife dilindungi daripada sebarang tuntutan, kehilangan, kos-kos dan perbelanjaan di mana AmMetLife akan hadapi atau lalui akibat kebenaran untuk mendebit akaun kad kredit saya.*
- 7) AmMetLife shall not be held responsible or liable for any claims, loss, damage, costs and expenses arising from the successful processing of the debit or the unsuccessful processing of the debit due to exceeding credit limit, malfunctions of system, electricity failure and any other factors beyond the control of AmMetLife.  
*AmMetLife tidak akan bertanggungjawab untuk sebarang tuntutan, kerugian, kerosakan, kos-kos dan perbelanjaan-perbelanjaan yang terbit daripada kejayaan proses pendebitan atau kegagalan proses pendebitan akibat lebihan had kredit, kepincangan sistem, kegagalan elektrik dan lain-lain faktor yang di luar kawalan AmMetLife.*
- 8) AmMetLife is only responsible for making agreement to debit my Credit Card account through their Card Centre as authorised by me. Therefore, for any problem or dispute arising from the processing/debiting, it will be my own responsibility to resolve it with my Credit Card Company.  
*AmMetLife hanya bertanggungjawab dalam membuat perjanjian untuk mendebit akaun Kad Kredit saya melalui Pusat Kad seperti yang dibenarkan oleh saya. Oleh itu, sebarang masalah atau pertikaian yang terbit daripada pemrosesan/pendebitan adalah menjadi tanggungjawab saya untuk menyelesaikannya dengan Syarikat Kad Kredit saya.*
- 9) AmMetLife may at its absolute discretion at any time, terminate this authorisation without assigning any reason by giving me one month's notice in writing.  
*AmMetLife boleh pada budi bicara mutlaknyanya, pada bila-bila masa menamatkan kebenaran ini tanpa memberikan apa-apa sebab dengan memberi satu bulan notis bertulis kepada saya.*
- 10) AmMetLife reserves the right, at its own discretion, to change the Terms and Conditions set out herein at any time or from time to time when circumstances warrant without prior notice to me.  
*AmMetLife berhak, mengikut budi bicaranyanya untuk mengubah terma-terma dan syarat-syarat yang telah ditetapkan pada bila-bila masa atau dari semasa ke semasa apabila keadaan memerlukan tanpa memberikan sebarang notis kepada saya.*
- 11) This authorisation will remain effective for the protection of AmMetLife notwithstanding my death, in capacity or revocation of this authorisation by any other means until written notice of the same is received by AmMetLife.  
*Kebenaran ini akan terus berkuatkuasa untuk perlindungan bagi AmMetLife tanpa mengira kematian saya, dalam kapasiti atau pembatalan kebenaran ini oleh sebarang cara sehingga notis bertulis yang serupa diterima oleh AmMetLife.*
- 12) AmMetLife is under no obligation to honour any auto debit instruction unless there is sufficient available credit limit in my credit card account at the time the payment is due.  
*AmMetLife tidak berkewajipan untuk menghormati apa-apa arahan debit terus melainkan terdapat had kredit yang mencukupi di dalam akaun Kad Kredit saya pada masa bayaran tertunggak.*
- 13) In the event that any monies is refunded by AmMetLife for any reason, AmMetLife is authorised to refund the monies to me or to the Policy Owner and shall thereafter be discharged from all obligations pertaining to the same. Should any dispute arise, both the Policy Owner and myself shall refer only to each other for remedies and resolutions.  
*Sekiranya terdapat sebarang wang dipulangkan oleh AmMetLife untuk sebarang tujuan, AmMetLife dibenarkan untuk mengembalikan wang tersebut kepada saya atau Pemilik Polisi dan seterusnya dilepaskan daripada segala tanggungjawab yang berkaitan dengannya. Sekiranya berlaku sebarang pertikaian, Pemilik Polisi dan saya sendiri akan hanya merujuk kepada satu sama lain untuk pemulihan dan penyelesaian.*
- 14) This authorisation shall remain binding upon me until AmMetLife's receipt of my written notification to cancel the authorisation. AmMetLife is entitled to disallow any debit from my credit card upon notice of my death or bankruptcy.  
*Kebenaran ini akan terus terikat ke atas saya sehingga AmMetLife menerima pemberitahuan bertulis daripada saya untuk membatalkan kebenaran tersebut. AmMetLife berhak untuk tidak mendebit daripada kad kredit saya selepas penerimaan notis kematian atau kemuffisan saya.*
- 15) Receipt will not be issued for premium payments. I will refer to my credit card statement for confirmation of payments.  
*Resit tidak akan dikeluarkan untuk pembayaran premium. Saya akan merujuk kepada penyata kad kredit saya untuk pengesahan bayaran.*

Signature of Life Assured /  
Tandatangan Diri Yang Diinsuranskan

Signature of Policy Owner  
(if different from Life Assured) /  
Tandatangan Pemilik Polisi  
(jika berlainan dengan Diri Yang Diinsuranskan)

Signature of \*Parent/Legal Guardian /  
Tandatangan \*Ibubapa/Penjaga Sah

Signature of Credit Card Holder /  
Tandatangan Pemegang Kad Kredit

Signature of Trustee (1) /  
Tandatangan Pemegang Amanah(1)

Signature of Trustee (2) /  
Tandatangan Pemegang Amanah(2)

Signature of Witness (1) /  
Tandatangan Saksi (1)

Signature of Witness (2) /  
Tandatangan Saksi (2)

Signature of Agent /  
Tandatangan Ejen

Verified by Branch Officer /  
Disahkan oleh Pegawai Cawangan

**Notice / Notis**

Medical Policy Issuance Time Frame / Tempoh Masa Penyediaan Polisi Perubatan

We will aim to set up your policy within 14 working days of the date of this application. If you have not received your policy documentation by this time, please contact our Customer Care Centre at 1300 88 8800. / Kami akan berusaha untuk menyediakan polisi anda dalam tempoh masa 14 hari bekerja dari tarikh permohonan. Jika anda tidak menerima dokumen tersebut dalam tempoh masa yang dinyatakan, sila hubungi Pusat Perkhidmatan Pelanggan kami di talian 1300 88 8800.