



AmMedic Hospitalisation & Surgical Insurance

Proposal No. / No. Borang Cadangan

IHM Membership No. / No. Ahli IHM

Pursuant to Section 149(4) of the Insurance Act 1996, you are to disclose in this proposal form, fully and faithfully all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued hereunder may be void.
Selaras dengan Seksyen 149(4) Akta Insurans 1996, anda dikehendaki menyatakan di dalam borang cadangan ini, dengan lengkap dan benar, semua fakta yang anda ketahui atau seharusnya ketahui, jika tidak polisi yang dikeluarkan mungkin akan terbatal.

You should satisfy yourself that this plan will best serve your needs and that the premium payable under the policy is the amount that you can afford. You should ask for and study any marketing materials available to understand fully which benefits are guaranteed / non-guaranteed and also the duties of the policy owner under the policy contract.
Anda harus berpuas hati bahawa pelan ini memenuhi keperluan anda dan premium perlu dibayar di bawah polisi ini adalah jumlah yang anda mampu. Anda seharusnya mendapatkan dan mengkaji sebarang material pemasaran yang ada untuk memahami sepenuhnya manfaat mana yang dijamin / tidak dijamin serta tanggungjawab pemegang polisi di bawah kontrak polisi.

Agency No. / No. Agensi

Name of Agent / Nama Agen: IHM RISK PREVENTION SDN BHD

Branch / Agency / Cawangan / Agensi: DM3/R22

Please complete this form in English using capital letters. / Sila lengkapkan borang ini dalam Bahasa Inggeris menggunakan huruf besar.

DETAILS OF INSURED PERSON (also the Proposer for Own Medical Assurance) / MAKLUMAT HAYAT DIINSURANS (merupakan Pencadang untuk Insurans Medical Sendiri)

Name (As In NRIC / Passport) / Nama (Seperti Dalam K.P / Pasport)																								
New NRIC / Passport No / No K.P Baru / Pasport																								
Address / Alamat																								
Telephone No / No Telefon																								
	Home (Rumah) :												Office (Pejabat) :											
Date Of Birth / Tarikh Lahir	Note: Proof of Age is Required Nota: Bukti Umur diperlukan												Nationality / Warganegara											
Race / Kaum	☐ Malay / Melayu ☐ Chinese / Cina ☐ Indian / India ☐ Others / Lain-lain																							
Gender / Jantina	☐ Male / Lelaki ☐ Female / Perempuan Height / Tinggi (Cm) Weight / Berat (Kg)																							
Marital Status / Taraf Perkahwinan	☐ Single / Bujang ☐ Married / Berkahwin ☐ Divorced / Berceraai ☐ Widowed / Separated / Balu / Duda																							
Full time Student / Pelajar Sepenuh Masa	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak Occupation / Pekerjaan																							

DETAILS OF POLICY OWNER (to be filled if different from Insured Person) / MAKLUMAT PEMEGANG POLISI (hendaklah dilengkapkan jika berlainan dari Hayat diinsurans)

Name (As In NRIC / Passport) / Nama (Seperti Dalam K.P / Pasport)																								
New NRIC / Passport No / No K.P Baru / Pasport																								
Date Of Birth / Tarikh Lahir	D D M M Y Y Y Y												Nationality / Warganegara											
Gender / Jantina	☐ Male / Lelaki ☐ Female / Perempuan Height / Tinggi (Cm) Weight / Berat (Kg)																							
Race / Kaum	☐ Malay / Melayu ☐ Chinese / Cina ☐ Indian / India ☐ Others / Lain-lain																							
Relationship (to Insured Person) / Hubungan (dengan Pencadang)	☐ Self / Diri Sendiri ☐ Husband / Suami ☐ Wife / Isteri ☐ Child / Anak																							
Occupation / Pekerjaan																								

COVERAGE DETAILS / MAKLUMAT PERLINDUNGAN

Choice of Plan for Insured Person / Pilihan Pelan untuk Orang Diinsurans

☐ Plan 1 / Pelan 1 ☐ Plan 2 / Pelan 2 ☐ Plan 3 / Pelan 3 ☐ Plan 4 / Pelan 4

QUESTIONNAIRE / SOAL SELIDIK

Insured Person / **Pencadang**

Yes / **Ya**

No / **Tidak**

- Has the person to be insured informed of having or has ever been treated for any illness, disease or injury?
Adakah orang yang ingin diinsurans memaklumkan sedang atau pernah dirawat untuk sebarang kesakitan, penyakit atau kecederaan?
- Does the person to be insured have any physical impairment / deformity, congenital abnormality or illness?
Adakah orang yang ingin diinsurans mempunyai kecacatan/kekurangan fizikal, keabnormalan atau penyakit sejak lahir?
- Is the person to be insured currently under any medication or supervision of a doctor or physician for any illness or disability?
Adakah orang yang ingin diinsurans buat masa ini di bawah penggunaan sebarang ubatan atau pengawasan doktor atau pakar perubatan untuk sebarang penyakit atau hilang upaya?
- 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 such as X Ray, ECG or blood tests, mammogram or others not mentioned above (except for common cold, flu, cough or cold & routine in nature)?
Sepanjang 5 tahun lepas, pernahkah anda dirawat atau menerima rawatan daripada doktor, hospital atau klinik/pakar termasuk sebarang ujian diagnostik seperti Sinar-X, ECG atau ujian darah, mamogram atau lain-lain yang tidak dinyatakan di atas (kecuali untuk selsema biasa, flu, batuk atau selsema & bersifat biasa)?
- Has the person to be insured ever undergone any surgical operation or been advised to have a surgical operation which has yet to be performed?
Adakah orang yang ingin diinsurans pernah menjalani sebarang pembedahan atau dinasihatkan untuk menjalani pembedahan yang belum lagi dilaksanakan?
- Is the person to be insured a carrier of any condition, such as hepatitis, etc
Adakah orang yang akan diinsurans merupakan pembawa sebarang penyakit, seperti hepatitis, dsb?
- If any of Question 1 to 6 is answered "Yes", please complete the details below. Please use a separate sheet of paper if necessary.
Jika mana-mana Soalan 1 hingga 6 dijawab "Ya", sila lengkapkan maklumat mengenainya di bawah. Sila gunakan lampiran berasingan jika perlu.

Question No. No Soalan.	Date of Occurrence Tarikh berlaku	Description of Disability / Illness Penjelasan mengenai Hilang Upaya/Penyakit	Result of Treatment Keputusan Rawatan	Name and Address of Doctor and Hospital Nama dan Alamat Doktor dan Hospital

- Has the person to be insured 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 ?
Adakah orang yang ingin diinsurans pernah, di mana permohonan atau pembaharuan atau penyambungan semula sebarang polisi hayat, polisi perubatan atau kontrak tambahannya telah ditolak, ditangguh, ditarafkan atau diubah dalam apa jua cara?

☐ Yes / **Ya** ☐ No / **Tidak**

If the answer is "Yes", please give details / Jika dijawab "Ya", sila jelaskan

- Is the person to be insured currently insured under any other health insurance policy?
Adakah orang yang akan diinsurans buat masa ini diinsurans di bawah lain-lain polisi insurans kesihatan?

☐ Yes / **Ya** ☐ No / **Tidak**

If the answer is "Yes", please give details / Jika dijawab "Ya", sila jelaskan

- Are they any circumstances not already disclosed elsewhere in the proposal form that would render the coverage on your life more than usually hazardous? If you are in doubt, these circumstances should be disclosed
Adakah terdapat sebarang perkara yang belum dinyatakan di dalam borang permohonan yang boleh menyebabkan perlindungan ke atas hayat anda lebih dari merbahaya? Jika anda ragu-ragu, perkara ini hendaklah dimaklumkan.

☐ Yes / **Ya** ☐ No / **Tidak**

If the answer is "Yes", please give details / Jika dijawab "Ya", sila jelaskan

- My usual doctor is / **Doktor biasa saya ialah**

Name / **Nama** :

Address / **Alamat** :

Telephone No / **No. Tel** :

DECLARATION BY POLICY OWNER / DEKLARASI OLEH PEMEGANG POLISI

I hereby declare that the foregoing particulars and overleaf statement are true and complete and I have not withheld any information that may influence the acceptance of this proposal. I agree that this proposal and declaration shall be the basis of the contract between me and AmLife Insurance Berhad and agree to accept the Company's Policy subject to the terms & conditions therein. It is further understood and agreed that the cover will only be effective if it has been accepted by the Company and the applicable premium has been paid. I further acknowledge that all the terms have been fully explained to me and I fully understand all the terms and the answers provided are the actual information disclosed by me to the person filling the form on my behalf.

Saya dengan ini mengesahkan bahawa semua kenyataan dan maklumat yang dinyatakan di sini adalah lengkap dan benar dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat yang mungkin memberi kesan ke atas penerimaan cadangan ini. Saya bersetuju bahawa cadangan dan deklarasi ini membentuk asas kontrak di antara saya dan AmLife Insurance Berhad dan bersetuju untuk menerima Polisi Syarikat tertakluk kepada terma dan syarat yang terkandung di dalamnya. Adalah difahami dan dipersetujui bahawa perlindungan ini hanya akan berkuatkuasa jika ianya telah diterima oleh Syarikat dan premium yang berkaitan telah dibayar. Saya dengan ini juga mengesahkan bahawa semua terma telah dijelaskan sepenuhnya kepada saya dan saya memahami sepenuhnya semua terma tersebut dan jawapan yang disediakan adalah maklumat sebenar yang diberikan oleh saya kepada orang yang melengkapkan borang ini bagi pihak saya.

I hereby authorise any hospital, surgeon, medical practitioner, clinic or other person who has attended to the insured person for any reason, to disclose to the Company any and all information with respect to any illness or injury and to provide copies of all hospital or medical records and certification, including earlier medical history. A photostat copy of this authorisation shall be considered as effective and valid as the original.

Saya dengan ini membenarkan mana-mana hospital, pakar bedah, pengamal perubatan, klinik atau mana-mana orang yang telah merawat orang diinsurans atas sebarang sebab, untuk memberitahu kepada Syarikat semua maklumat berkaitan sebarang penyakit atau kecederaan dan menyediakan salinan semua rekod dan persijilan hospital atau perubatan, termasuk sejarah awal perubatan. Salinan fotokopi kebenaran ini akan dianggap sebagai berkuatkuasa dan sah seperti asal.

Signed on

Ditandatangani pada

Signature of Insured Person
Tandatangan Hayat yang diinsuranskan

Signature of Policy Owner
Tandatangan Pemegang Polisi

PREMIUM / PREMIUM

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

Premium Amount / Jumlah Premium RM
 Stamp Duty (RM) / Duti Setem (RM) RM 10.00

Government Service Tax (where applicable) / Cukai Perkhidmatan Kerajaan (jika berkaitan)

Total Amount Payable (RM) / Jumlah Perlu Bayar (RM)

Collection of payment shall not be construed as acceptance of your application until the proposal is approved by the Company 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 the Company shall not be liable for any claims whatsoever.
 Kutipan bayaran tidak boleh dianggap sebagai penerimaan permohonan anda sehingga cadangan diluluskan oleh Syarikat 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 Syarikat tidak akan bertanggungjawab untuk sebarang tuntutan.

PAYMENT / BAYARAN

Mode of Payment / Cara Bayaran
☐ Yearly / Tahunan

VERIFICATION ON AUTHENTICITY OF IDENTITY / PENGESAHAN KESAHIHAN IDENTITI

(For Use by Insurance Staff or Intermediary only) / (Untuk digunakan oleh Kakitangan Insurans atau Wakil sahaja)
 In compliance with section 16(2) of Anti-Money Laundering Act 2001, I hereby confirm the following / Selaras dengan Seksyen 16(2) Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram 2001, saya dengan ini mengesahkan perkara 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

Signature / Tandatangan

Name of Staff or Intermediary/Agent / Nama Kakitangan atau Wakil/Agen

NRIC No / No K.P.

Date Received at Branch Office / Tarikh Diterima Di Pejabat Cawangan

Date Received at Head Office / Tarikh Diterima di Ibu Pejabat

Special Notification:
 The applicant is hereby notified that the Company has appointed agents / representatives who have the authority to solicit or negotiate contracts of insurance on behalf of the Company. All authorised agents / representatives are issued with authorisation cards.

Makluman Khas:
 Pemohon dengan ini diberitahu bahawa Syarikat telah melantik agen / wakil yang diberi kebenaran untuk mendapatkan atau merundingkan kontrak insurans bagi pihak Syarikat. Semua agen / wakil sah diberikan kad pengesahan.

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 essential 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 dapat membuat keputusan berpengetahuan sebelum membeli polisi. Jika anda ragu-ragu atau jika terdapat percanggahan, sila dapatkan penjelasan dari wakil insurans anda.

I hereby declare that Amlife Insurance and/or its intermediary / 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 Amlife Insurance dan / atau wakil / agen telah memberikan penjelasan kepada saya mengenai ciri-ciri penting polisi MHI yang saya beli, dan saya mengetahui, dan memahami mengenai yang berikut:

- 1) TERMS & CONDITIONS OF THE INSURANCE / TERMA & SYARAT INSURANS
- a) Benefits / Features / Manfaat / 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 RIGHTS 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 Amlife 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 Amlife Insurance dalam masa 15 hari dari tarikh penghantaran polisi (dan tempoh ini dirujuk sebagai tempoh bertenang).

Upon such return of the policy to Amlife Insurance within the 15 days of the cooling-off period, I am entitled for a refund of full premiums less any medical expenses incurred by Amlife Insurance for the issuance of the policy. However, I understand that where the MHI is a rider i.e. attached to an Investment - Link policy, the refund of premiums will be subject to the conditions of the policy. / Apabila polisi dikembalikan kepada Amlife Insurance dalam masa 15 hari tempoh bertenang, saya berhak untuk mendapat pengembalian premium penuh ditolak sebarang perbelanjaan perubatan yang ditanggung oleh Amlife 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 limits 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) AMLIFE INSURANCE'S RIGHTS OF ACTION AS INSURER / HAK BERTINDAK AMLIFE INSURANCE SEBAGAI PENGINSURANS
- Amlife Insurance has the right and discretion to review and revise the premiums payable. / Amlife Insurance berhak dan berkuasa untuk menyemak dan mengkaji premium yang perlu dibayar.

Amlife 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 Amlife Insurance in underwriting the policy. / Amlife Insurance berhak untuk menolak liabiliti jika saya gagal menyatakan maklumat material dan berkaitan yang boleh menjejaskan keputusan Amlife Insurance untuk menajajamin 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.

Name of policy owner / Nama pemegang polisi

NRIC No. / No K.P.

Signature of policy owner / Tandatangan pemegang polisi

Date / Tarikh

I hereby confirm that the above details have been disclosed and explained to the applicant. / Saya berpuashati dengan penjelasan yang dibuat kepada saya mengenai maklumat penting di atas berhubung ciri-ciri utama produk.

Witnessed by / Disaksikan oleh :

Name of the Agent & Signature / Nama Agen & Tandatangan

PRODUCT DISCLOSURE SHEET for AmMedic / LAMPIRAN PERNYATAAN PRODUK untuk AmMedic

Read this Product Disclosure Sheet before you decide to take out the AmMedic. Be sure to also read the general terms and conditions. /
Sila baca Lampiran Pernyataan Produk ini sebelum membuat keputusan untuk membeli AmMedic. Pastikan juga anda membaca terma dan syarat-syarat umum.

1. What is this product about? / Apakah perincian produk ini?
 - This policy provides for hospitalisation and surgical expenses incurred due to illnesses covered under the policy. / Polisi ini memberi perlindungan terhadap perbelanjaan hospital dan pembedahan yang diakibatkan oleh penyakit yang tersenarai dalam polisi.
2. What are the covers / benefits provided? / Apakah perlindungan/manfaat yang disediakan?
 - There are 4 available plans namely Plan 1, Plan 2, Plan 3 and Plan 4. / Terdapat 4 pelan yang disediakan iaitu Pelan 1, Pelan 2, Pelan 3 dan Pelan 4.
 - These plans vary by their benefit limits. The benefits are payable on the actual amount charged by the hospital. / Pelan-pelan ini mempunyai had manfaat yang berbeza. Manfaatnya adalah membayar ke atas caj yang dikenakan oleh hospital.
 - The schedule of benefits are as follows: / Jadual manfaatnya adalah seperti berikut:

SCHEDULE OF BENEFITS / JADUAL MANFAAT-MANFAAT

Plan Type (Maximum Per Disability) / Jenis Pelan (Maksimum Setiap Kehilangan Upaya)	Plan 1/Pelan 1	Plan 2/Pelan 2	Plan 3/Pelan 3	Plan 4/Pelan 4
In-Patient Benefits / Manfaat Pesakit Dalam	RM	RM	RM	
Room & Board (maximum 150 days) / Bilik Hospital & Makanan (maksimum 150 hari)	100	150	200	300
ICU (maximum 75 days) / Unit Rawatan Intensif (maksimum 75 hari)	200	250	300	400
Hospital Miscellaneous Services / Pelbagai Perkhidmatan Hospital	As charged basis subject to Overall Annual Limit & Lifetime Limit Mengikut Caj yang Dikenakan Tertakluk kepada Had Tahunan Keseluruhan & Had Seumur Hidup			
Operating Theatre fees / Yuran Bilik Pembedahan				
Surgical Benefit / Manfaat Pembedahan				
Anaesthetist's Fees / Yuran Pakar Bius				
Pre & Post Benefits / Manfaat Pra & Rawatan Susulan Hospital				
Pre-hospital Diagnostic Services (within 60 days prior to admission or surgery) / Perkhidmatan Diagnostik Prahospital (dalam tempoh 60 hari sebelum masuk hospital atau sebelum pembedahan)	As charged basis subject to Overall Annual Limit & Lifetime Limit Mengikut Caj yang Dikenakan Tertakluk kepada Had Tahunan Keseluruhan & Had Seumur Hidup			
Pre-hospital Specialist Consultation (within 60 days prior to admission or surgery) / Rundingan Doktor Pakar Prahospital (dalam tempoh 60 hari sebelum masuk hospital atau sebelum pembedahan)				
Post Hospital Follow-up (within 60 days from discharge) / Rawatan Susulan Hospital (dalam tempoh 60 hari selepas keluar hospital)				
Second Surgical Opinion (within 60 days prior to surgery) / Pendapat Kedua Pembedahan (dalam tempoh 60 hari sebelum pembedahan)				
In-hospital Physician Visit (max 1 visit per day / max 150 days) / Lawatan Doktor Dalam Hospital (maksimum satu lawatan sehari / maksimum 150 hari)				
Out-patient Benefits / Manfaat Pesakit Luar				
Emergency Treatment for Accidental Injury inclusive of Dental injury (within 24 hours & 31 days follow-up) / Rawatan Kecemasan untuk Kecelakaan Akibat Kemalangan termasuk kecederaan Gigi (dalam masa 24 jam & 31 hari rawatan susulan)	500	1,000	2,000	3,000
Out-patient Physiotherapy (with written referral within 90 days from hospital discharge / surgery) / Fisioterapi pesakit luar (dengan rujukan bertulis dalam tempoh 90 hari selepas keluar hospital / pembedahan)	As charged basis subject to Overall Annual Limit & Lifetime Limit Mengikut Caj yang Dikenakan Tertakluk kepada Had Tahunan Keseluruhan & Had Seumur Hidup			
Day care procedure (inclusive of all incidental services & supplies) / Prosedur jagaan harian (termasuk semua perkhidmatan & bekalan yang berkaitan)				
Ambulance Fees / Yuran ambulans				
Medical Report Fees / Yuran Laporan Perubahan	80	80	80	80
Medical Catastrophe Benefits / Manfaat Malapetaka Perubahan				
Outpatient Cancer Treatment (max per annum) / Rawatan Kanser Pesakit Luar (maksimum setahun)	15,000	30,000	40,000	50,000
Outpatient Kidney Dialysis (max per annum) / Dialisis Buah Pinggang Pesakit Luar (maksimum setahun)	15,000	30,000	40,000	50,000
Organ Transplant (once per lifetime) / Pemindahan Organ (sekali seumur hidup)	25,000	50,000	75,000	100,000
Miscellaneous / Lain-lain				
Government Service Tax / Cukai Perkhidmatan Kerajaan	As charged basis subject to Overall Annual Limit & Lifetime Limit Mengikut Caj yang Dikenakan Tertakluk kepada Had Tahunan Keseluruhan & Had Seumur Hidup			
Bereavement Benefit / Wang Ihsan				
Funeral Expense / Perbelanjaan Pengebumian	5,000	5,000	10,000	10,000
Overall Annual Limit / Had Tahunan Keseluruhan	30,000	75,000	125,000	200,000
Lifetime Limit / Had Seumur Hidup	150,000	375,000	625,000	1,000,000

• Duration of cover is for one year. You need to renew your cover annually. / • Tempoh perlindungan adalah untuk satu tahun. Anda perlu memperbaharui perlindungan anda setiap tahun.

3. How much premium do I have to pay? / Berapakah jumlah premium yang perlu saya bayar?
 - The total premium that you have to pay varies depending on the underwriting requirements. / Jumlah premium yang anda perlu bayar dan terma dan syarat berkaitan polisi anda akan berubah bergantung kepada keperluan penajajamin.
 - The premium amount is determined according to policy plan and age band. / Jumlah premium ditentukan mengikut pelan polisi dan kumpulan umur.
 - The premium rate charged for this plan is not guaranteed. / Kadar premium yang dicaj di bawah pelan ini adalah tidak dijamin.
 - Revision to the rate may be done and you will be notified at least 30 days before the new rate takes effect. / Perubahan atas kadar boleh dilakukan dan anda akan diberi notis sekurang-kurangnya 30 hari sebelum kadar baru berkuatkuasa.
 - Premium rate revision will only be done on policy anniversary. / Pertukaran kadar premium hanya akan dilakukan semasa ulangtahun polisi.
 - Policy renewal is guaranteed up to the stipulated term in the Policy Contract. / Pembaharuan polisi dijamin tertakluk kepada terma dalam Kontrak Polisi.
 - You have 14 days from the premium due date to pay the premium. / Anda mempunyai 14 hari untuk membuat bayaran dari tarikh luput premium.

The individual annual premium rates for standard lives are as follows: / Kadar premium tahunan individu untuk piawaian hidup adalah seperti berikut :

AmMedic

Plan / Age	30 days - 5 years	6 -17	18 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 60	61-65 *	66-70 *	71-75 *	76-80 *
Plan 1	416	342	420	498	740	1060	1407	1699	2057	2574
Plan 2	462	370	466	627	888	1264	1698	2088	2561	3224
Plan 3	628	434	636	838	1137	1565	2175	2824	3756	5017
Plan 4	702	508	710	930	1267	1732	2508	3278	4394	5907

* Applicable for Renewal Ages only / Untuk Umur Semasa Pembaharuan sahaja

Stamp duty not included / Tidak termasuk duti setem

4. What are the fees and charges I have to pay? / Berapakah jumlah yuran dan caj-caj yang perlu saya bayar?

- Stamp Duty - RM 10 (one time payment for every new policy) / Duti Setem : RM10 (pembayaran hanya sekali untuk setiap polisi baru)
- Commission : 15% of gross premium (included in the premium) / Komisyen : 15% dari premium kasar (termasuk dalam premium)

Annual commission amount (in RM) paid according to policy plan and age band are as follows: / Amaun komisyen tahunan (dalam RM) dibayar menurut pelan polisi dan kumpulan umur adalah seperti berikut

Plan / Age	30 days - 5 years	6 -17	18 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 60	61-65 *	66-70 *	71-75 *	76-80 *
Plan 1	62.40	51.30	63.00	74.70	111.00	159.00	211.05	254.85	308.55	386.10
Plan 2	69.30	55.50	69.90	94.05	133.20	189.60	254.70	313.20	384.15	483.60
Plan 3	94.20	65.10	95.40	125.70	170.55	234.75	326.25	423.60	563.40	752.55
Plan 4	105.30	76.20	106.50	139.50	190.05	259.80	376.20	491.70	659.10	886.05

* Applicable for Renewal Ages only / Untuk Umur Semasa Pembaharuan sahaja

5. What are some of the key terms and conditions that I should be aware of? / Apakah terma dan syarat utama yang perlu saya ketahui?

- Importance of disclosure – you must disclose all material facts such as medical condition, and state your age correctly. / Kepentingan membuat pendedahan – anda perlu mendedahkan kesemua fakta penting seperti status kesihatan, serta menyatakan umur dengan tepat.
- You must complete the proposal form accurately as it forms the basis of your contract. / Anda harus melengkapkan borang cadangan dengan sebaiknya memandangkan ia akan menjadi asas kepada kontrak anda.
- If you fail to disclose or wrongly disclose any material information you may not be able to receive any of the entitled benefits. Your premium and benefit amount may be affected. Your policy may also be cancelled and all premiums less medical expenses, claims and indebtedness will be refunded to you without any interest. / Sekiranya anda gagal mendedahkan atau silap mendedahkan sebarang maklumat penting, anda tidak akan menerima sebarang hak manfaat. Premium dan jumlah manfaat anda mungkin terjejas. Polisi anda boleh dibatalkan dan segala premium ditolak perbelanjaan perubatan, tuntutan dan keberhutangan akan dikembalikan kepada anda tanpa faedah.
- You should satisfy yourself that this policy will best serve your needs and that the premium payable under this plan is an amount you can afford. / Anda harus berpuashati bahawa pelan ini akan membantu keperluan anda sebaik mungkin dan anda mampu membayar premium yang dinyatakan di bawah polisi ini.
- If you switch to another insurer or transfer from one policy to another, you may be subject to the new terms and conditions of the new policy or the new insurer. / Jika anda menukar daripada satu syarikat insurans kepada yang lain, atau menukar satu jenis polisi kepada jenis yang lain, anda mungkin tertakluk kepada terma dan syarat yang lain polisi baru tersebut atau oleh syarikat insurans baru.
- Free-look period – there is a free-look period of 15 calendar days from the delivery of your policy. The premiums that you have paid (less any medical fee incurred) will be refunded to you. / Tempoh mengembalikan polisi – anda boleh membatalkan polisi anda dengan mengembalikannya dalam 15 hari kalendar dari tarikh polisi tersebut dihantar. Premium yang anda telah bayar (ditolak perbelanjaan perubatan) akan dikembalikan kepada anda.
- Waiting period – the eligibility for benefits under the policy will only start 30 days after the effective/reinstatement date of the policy, except for accidental coverage, where cover will commence from the effective/reinstatement date of coverage. This waiting period only applies on the first year of cover. However, if there is a break in insurance, the waiting period will apply again. / Tempoh menunggu – kelayakan perlindungan hanya bermula 30 hari selepas tarikh berkuatkuasa/pembaharuan polisi, kecuali bagi perlindungan kemalangan, di mana perlindungan akan bermula dari tarikh berkuatkuasa/pembaharuan perlindungan. Tempoh menunggu ini adalah hanya untuk tahun pertama perlindungan. Bagaimanapun jika terdapat keberhentian dalam insurans, tempoh menunggu akan digunakan lagi.
- If the hospitalization charge for the Room & Board is at a higher rate than the eligible benefit, the company will only bear 80% of the other eligible benefits described in the Schedule of Benefits. / Jika caj hospital untuk Bilik & Makan adalah pada kadar yang lebih tinggi daripada manfaat yang layak, syarikat akan menanggung hanya 80% daripada lain-lain manfaat layak yang dinyatakan di dalam Jadual Manfaat-manfaat.
- Unless renewed, the coverage will cease on expiry date and the insurance company shall strictly not be liable for any expenses that take place after the expiry date. / Sekiranya tidak diperbaharui, perlindungan akan luput pada tarikh matang dan Syarikat tidak akan bertanggungjawab ke atas sebarang perbelanjaan yang ada selepas tarikh matang.

Note: This list is non-exhaustive. Please refer to the policy contract for the terms and conditions under this policy./ Nota: Senarai ini tidak lengkap. Sila rujuk kepada kontrak polisi untuk terma dan syarat yang tertakluk di dalam polisi ini.

6. What are the major exclusions under this policy? / Apakah merupakan pengecualian utama di bawah polisi ini?

- Pre-existing illness. / Penyakit sedia-ada
- Specified illnesses occurring during the first 120 days of continuous cover. / Penyakit-penyakit tersenarai yang dialami semasa 120 hari pertama perlindungan berterusan.
- Any medical or physical conditions arising within the first 30 days of the Insured Person's cover or date of reinstatement whichever is latest except for accidental injuries. / Sebarang keadaan perubatan atau fizikal yang berlaku dalam tempoh 30 hari pertama perlindungan Hayat Diinsuranskan atau tarikh pembaharuan yang mana kemudian kecuali untuk kecederaan kemalangan.
- Plastic/Cosmetic surgery, circumcision, eye examination, glasses and refraction or surgical correction of nearsightedness(Radial Keratotomy)and the use or acquisition of external prosthetic appliances or devices such as artificial limbs, hearing aids, implanted pacemakers and prescriptions thereof. / Pembedahan plastik/kosmetik, khatan, pemeriksaan mata, cermin mata dan pembetulan penglihatan dekat secara pembiasan atau pembedahan (Radial Keratotomy) dan penggunaan atau pembelian perkakas prostetik atau peralatan seperti anggota tiruan, alat bantuan pendengaran, perentak yang diimplan dan preskripsi-preskripsi seterusnya.
- Dental conditions including dental treatment or oral surgery except as necessitated by Accidental Injuries to sound natural teeth occurring wholly during the Period of Insurance. / Keadaan pergigian termasuk rawatan gigi atau pembedahan mulut kecuali jika diperlukan akibat Kecederaan Kemalangan pada gigi asli yang sihat yang berlaku sepenuhnya semasa Tempoh Insuran.

Please refer to the policy contract for the full list of exclusions under this policy. / Sila rujuk kepada kontrak polisi untuk senarai penuh pengecualian di dalam polisi ini.

7. Can I cancel my policy? / Bolehkah saya membatalkan polisi ini?

You may cancel your policy by giving a written notice to the insurance company. Upon cancellation, you are entitled to a certain amount of refund of the premium provided that you have not made a claim on the policy. / Anda boleh membatalkan polisi anda dengan memberi notis bertulis kepada syarikat insuran. Selepas dibatalkan, anda berhak menerima kembali premium berdasarkan tempoh belum luput insuran selagi anda belum melakukan tuntutan ke atas polisi.

8. What do I need to do if there are changes to my contact details? / Apakah yang perlu saya lakukan sekiranya terdapat perubahan di dalam butiran perhubungan saya?

It is important that you inform us of any change in your contact details (including that of the nominee and/or trustee) to ensure that all correspondences reach you and/or nominee/trustee in a timely manner. AmLife Insurance contact details are as below. / Adalah sangat penting bahawa anda memberitahu kami sebarang perubahan di dalam butiran perhubungan anda (termasuklah calon atau pemegang amanah anda) untuk memastikan bahawa semua aktiviti surat-menyurat sampai kepada anda dan/atau calon/pemegang amanah anda dalam masa yang ditentukan. Butiran perhubungan AmLife Insurance adalah seperti di bawah.

9. Where can I get further information? / Di manakah boleh saya mendapatkan maklumat lanjut?

Should you require additional information about medical insurance, please refer to the insuranceinfo booklet on 'Medical & Health Insurance', available at all our branches or you can obtain a copy from the insurance agent or visit www.insuranceinfo.com.my. / Jika anda memerlukan maklumat tambahan mengenai insurans perubatan, sila rujuk buku panduan infoinsurans berkenaan "Insuran Perubatan & Kesihatan" yang boleh didapati di semua cawangan kami atau anda boleh mendapatkan salinan buku tersebut daripada ejen insurans atau layari www.insuranceinfo.com.my.

If you have any enquiries, please contact us at: / Sekiranya anda ada pertanyaan, sila hubungi kami di:

AmLife Insurance Berhad (15743-P)
9th Floor, Bangunan AmAssurance, / Tingkat 9, Bangunan AmAssurance,
No.1 Jalan Lumut, 50400 Kuala Lumpur, Malaysia / No.1 Jalan Lumut, 50400 Kuala Lumpur, Malaysia

IHM RISK PREVENTION SDN BHD (538115-P)
No 12 Jalan PJS 8/6, Sunway Mentari, 46150 Petaling Jaya, Selangor
Tel: 03-56386889 Fax: 03-56386839 / 56386819

IMPORTANT NOTE: / NOTA PENTING :
YOU SHOULD SATISFY YOURSELF THAT THIS POLICY WILL BEST SERVE YOUR NEEDS. YOU SHOULD READ AND UNDERSTAND THE INSURANCE POLICY AND DISCUSS WITH THE AGENT OR CONTACT THE INSURANCE COMPANY DIRECTLY FOR MORE INFORMATION. / ANDA PERLU MEMILIH JENIS POLISI YANG SESUAI DENGAN KEMAMPUAN PERIBADI ANDA. ANDA PERLU MEMBACA DAN MEMAHAMI POLISI INSURANS INI SERTA MEMBINCANGANNYA DENGAN AGEN, ATAU HUBUNGI SYARIKAT INSURANS UNTUK MAKLUMAT LANJUT.

The information provided in this disclosure sheet is valid as at 13 September 2010. / Maklumat yang diberikan di dalam helaian maklumat ini berkuatkuasa pada 13 September 2010.
In the event of dispute or ambiguity arising out of the Bahasa Malaysia translation in this Product Disclosure Sheet, the English version shall prevail. / Sekiranya terdapat kekeliruan, versi Bahasa Inggeris akan digunakan.
The above essential information on the product has been satisfactorily explained to me. / Saya amat berpuas hati dengan penerangan berkaitan dengan maklumat produk yang dinyatakan di atas.

NOMINATION FORM / BORANG PENAMAAN

Policy Owner / Pemegang Polisi: |

Saya dengan ini menamakan penama-penama berikut untuk polisi di atas dan membatalkan penama yang sedia ada sebelum ini.

I.C.No / No.K.P | | | | | | | | | | | Date of Birth / Tarikh Lahir | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |

Name / Nama	% of share bahagian	Relationship Hubungan	I.C No / No. K.P	Date of Birth Tarikh Lahir	Address / Alamat
1. _____ _____					
2. _____ _____					
3. _____ _____					
4. _____ _____					

Address / Alamat : _____

I hereby consent to act as Trustee in respect of above mentioned policy / Saya dengan ini bersetuju untuk menjadi pemegang amanah bagi polisi yang dinyatakan di atas .

Trustee's Signature / **Tandatangan Pemegang Amanah**

Date / Tarikh

Notice (Notis):

- i. In accordance to Section 166 of the Insurance Act 1996 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 the Company'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.
- Menurut Seksyen 166 Akta Insurans 1996, sekiranya anda **BUKAN BERAGAMA ISLAM** dan penama ialah suami/isteri, anak atau ibubapa anda (dimana tiadanya suami/isteri atau anak-anak pada masa penamaan) polisi anda, setelah dikeluarkan oleh Syarikat akan menjadi polisi amanah. Pemegang amanah hendaklah dilantik dan selepas itu, anda tidak boleh membatalkan penamaan anda, melakukan pindaan kewangan, menyerahkan polisi, menyerah 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 berkeelayakan atau
 - (b) sekiranya penama tidak berkeelayakan, maka ibubapa kepada penama yang tidak berkeelayakan tersebut dan sekiranya ibubapanya telah meninggal dunia, maka tugas ini beralih kepada Pemegang Amanah Awam.
- ii. If your nominee is other than your spouse or child and in the case of your parent (where there is existing spouse or child at the time of nomination) the nominee shall receive the death proceeds as an executor. If you intend such a nominee to receive the death proceeds beneficially, you should assign the policy, upon issuance by the Company.
- Sekiranya penama bukan suami/isteri atau anak-anak dan sekiranya ibubapa anda (dimana adanya suami/isteri atau anak-anak pada masa penamaan), penama akan menerima prosid kematian sebagai wasi. Sekiranya anda inginkan penama tersebut menerima manfaat prosid kematian, anda hendaklah menyerahkan hak polisi tersebut, setelah ia dikeluarkan oleh Syarikat.
- iii. If you are a **MUSLIM**, the named nominee shall receive the death proceeds as an executor and shall distribute in accordance with laws of inheritance applicable to Muslims. Nomination for a trustee is not required.
- Sekiranya anda beragama **ISLAM**, penama yang dinamakan akan menerima prosid sebagai wasi dan akan membahagikannya mengikut undang-undang harta pusaka yang terpakai kepada mereka yang beragama Islam. Penamaan untuk pemegang amanah tidak diperlukan.

Dated this / Bertarikh	:	
day of / haribulan	:	
Year / Tahun	:	
Witness / Saksi**	:	
Name / Nama	:	
	:	
I.C No / No.K.P	:	

Signature of Policy Owner / Tandatangan Pemegang Polisi

POLICY CHANGES (OFFICE USE ONLY) / PERUBAHAN POLISI (KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA)

A copy of this Nomination Form has this day been filed at the head office of AmLife Insurance Berhad
Salinan Borang Penamaan ini telah difailkan di Ibu Pejabat AmLife Insurance Berhad

Date / Tarikh:

Authorised Signature / Pegawai Yang Diberi Kuasa

- a) This form is furnished by AmLife Insurance Berhad , as a matter of courtesy but the company assumes no responsibility for the validity or legality of the nomination.
Borang ini telah diberikan oleh AmLife Insurance Berhad sebagai satu ihsan tetapi syarikat tidak memikul sebarang tanggungjawab di atas kesalahan penamaan.
- b) Note: In the event of dispute in the interpretation, the English version shall prevail and be binding
Nota : Jika timbul sebarang perselisihan tafsiran, versi Bahasa Inggeris dianggap mutlak dan terikat

* 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.