

SPECIAL PROMOTION PROPOSAL FORM BORANG PERMOHONAN PROMOSI KHAS

PROPOSAL FORM FOR APPLICANT (not more than 55 years next birthday) BORANG CADANGAN UNTUK PEMOHON (tidak melebihi 55 tahun seterusnya)

WARNING/IMPORTANT NOTICE: Pursuant to Section 149(4) of the Insurance Act 1996, you are to disclose in this proposal form, fully and faithfully, all relevant facts to the risk insured as you know them or ought to know them. Otherwise the policy issued herein may be invalidated.

AMARAN/NOTIS PENTING: Mengikut seksyen 149(4) Akta Insurans 1996 anda dikehendaki menyatakan dengan sepenuhnya dan sebenar-benarnya semua kenyataan yang anda tahu atau sepatutnya tahu di dalam borang ini, jika tidak, polisi yang dikeluarkan ini akan dianggap tidak sah.

For Agent Use Only		Branch Code Kod Cawangan	Employer Code Kod Majikan
Policyholder Pemegang Polisi			
Group Scheme No. No. Skim Berkelompok	Contract Type Jenis Kontrak	GS NO.	Agent's Name Nama Ejen Agent's A/C No. No. Akaun Ejen
For Office Use Only:		Contract No. No. Kontrak	Proposal Reg. By : _____ Date : _____ Verify By : _____ Date : _____ Underwriting Decision Updated By : _____ Date : _____ Consent Updated By : _____ Date : _____
<input type="checkbox"/> Special Promotion Promosi Istimewa <input type="checkbox"/> Underwriting Pengunderaitan <input type="checkbox"/> Upgrade proposal Permohonan Tambahan	Client's No No. Pelanggan		

* PARTICULARS OF MEMBER (PAYER) (Please use block letter) * BUTIR -BUTIR AHLI (PEMBAYAR) (Sila gunakan huruf besar)

New NRIC No. No K/P Baru		Old NRIC No. No K/P Lama	
Name of Member Nama Ahli			
Salutation Gelaran	Date of Birth Tarikh Lahir	Sex Jantina	<input type="checkbox"/> Male Lelaki <input type="checkbox"/> Female Perempuan
Marital Status Status Perkahwinan	<input type="checkbox"/> Married Berkahwin <input type="checkbox"/> Single Bujang <input type="checkbox"/> Divorced Bercerai <input type="checkbox"/> Widow Balu <input type="checkbox"/> Widower Duda	Race Bangsa	<input type="checkbox"/> Malay Melayu <input type="checkbox"/> Chinese Cina <input type="checkbox"/> Indian India <input type="checkbox"/> Others Lain-lain
Name & Address of Member's Employer Nama & Alamat Majikan Ahli			
Postcode Poskod	Town Bandar		

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

Status of Life To Be Assured Status Hayat Yang Diasuranskan	<input type="checkbox"/> Member Ahli <input type="checkbox"/> Spouse Pasangan <input type="checkbox"/> Child Anak-Anak	> Child No. _____ out of _____ siblings > Anak No. _____ dari _____ beradik
New NRIC No. No K/P Baru	Old NRIC No./Birth Cert No K/P Lama/Sijil Kelahiran	
Name of Life To Be Assured Nama Hayat Yang Diasuranskan		
Salutation Gelaran	Date of Birth Tarikh Lahir	Sex Jantina
Marital Status Status Perkahwinan	<input type="checkbox"/> Married Berkahwin <input type="checkbox"/> Single Bujang <input type="checkbox"/> Divorced Bercerai <input type="checkbox"/> Widow Balu <input type="checkbox"/> Widower Duda	Race Bangsa
Nationality Warganegara	Height Tinggi	Weight Berat
Occupation Pekerjaan	M'ship/Staff No. No. Keahlian/Staf	
Exact Nature of Work Jenis Pekerjaan Sebenar	Tel (H/p) Tel (Bimbit)	
Tel (House) Tel (Rumah)	Tel (Office) Tel (Pejabat)	
Resident Address Alamat Rumah		
Postcode Poskod	Town Bandar	
Pay Mode Mod Bayaran	Existing Sedia ada	New Baru
<input type="checkbox"/> Monthly Bulanan	RM _____	RM _____
Monthly Contribution Caruman Bulanan	Total Jumlah	
Current Sum Assured applied Jumlah Asuran dipohon	RM _____	
Hospital Benefit Manfaat Hospital	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	
	Hospital Benefit Sum Assured Jumlah Ansuran Mafaat Hospital	

HEALTH, LIFE STYLE AND INSURANCE DECLARATION PENGAKUAN KESIHATAN, GAYA HIDUP DAN ASURANS

I hereby declare and agree to the following on behalf of myself and any person or entity who may have or claim any interest in the insurance(s) issued pursuant to this proposal form. Dengan ini, saya sebagai pemohon mengakui bahawa:

- I have not begun nor been medically advised in the past 36 months to begin a course of medication lasting longer than 7 days or to undergo further diagnostic/laboratory tests and /or surgical procedure nor have I been advised or required to be hospitalised for more than 2 nights in connection with any disease, sickness or accident or on observation or treatment not of a routine nature; Saya tidak pernah dinasihati oleh doktor untuk memulakan pengambilan sesuatu ubat melebihi tempoh 7 hari dalam masa 36 bulan yang lepas atau menjalani pemeriksaan diagnostik lanjutan/ ujian makmal dan/atau prosedur-prosedur pembedahan atau dinasihati atau dikehendaki oleh doktor untuk dimasukkan ke hospital selama 2 hari atau lebih kerana sesuatu penyakit atau kemalangan dan
- I have not been treated for or been told to have brain or nervous system disease, stroke, mental disease, lungs disease, cardiovascular system disease, digestive system disease, hepatitis B, urogenital system disease, diabetes, cancer, cyst, growth, or tumour of any kind, complaint of the eyes, ears, throat or nose, sexually transmitted disease, disorder or disease of the blood, muscles, skin, glands, bones, joints or limbs including arthritis, gout, backache or spine disorder, injury or any other serious illnesses or diseases; Saya tidak pernah dirawat atau diberitahu bahawa saya menghidapi penyakit jantung, kencing manis, penyakit paru-paru, kanser, penyakit hati, kanser, penyakit buah pinggang, penyakit uro-genital, penyakit gastro-intestinal, penyakit sendi dan tulang khususnya penyakit/masalah tulang belakang atau mana-mana penyakit serius yang lain; dan
- I am currently not receiving any medical treatment nor am I suffering from physical impairment or infirmity, congenital abnormality or poor health Saya sekarang tidak menerima rawatan perubatan atau menanggung kecacatan fizikal, abnormal congenital atau tahap kesihatan yang rendah
- I have not been diagnosed or treated for substance abuse, alcoholism or drug addiction; Saya tidak pernah didiagnosis atau dirawat untuk penyalahgunaan bahan-bahan beracun, ketagihan dadah atau alkohol
- I have not been tested, counselled or treated for AIDS or Human Immunodeficiency Virus (HIV) or AIDS related conditions; Saya tidak pernah diuji, diberi kaunseling atau dirawat untuk HIV (Human Immune Deficiency) atau AIDS;
- I am now in good health and fully able to work full time; Sepanjang pengetahuan saya, saya berada dalam keadaan sihat dan berkeupayaan bekerja sepenuh masa.
- I have not had any application or renewal made by me for Life, Living Assurance/Critical Illness/Dread Disease, Accident, Disability and Medical/Health insurances been declined, postponed, withdrawn, restricted or accepted at other than normal terms by any insurer; Saya tidak memiliki sebarang permohonan atau membuat pembaharuan untuk Asurans Nyawa/Hidup, Penyakit Kritikal/Penyakit Kritikal, Kemalangan, Hilang Upaya dan Asurans Perubatan/Kesihatan yang ditolak, ditunda, ditarik balik, dihadkan atau diterima selain dari terma normal oleh mana-mana pihak asurans. Permohonan untuk asurans hayat saya tidak pernah ditolak, ditunda, dikenakan premium yang lebih tinggi atau diubahsuai oleh mana-mana syarikat insurans.
- I am currently not being insured under any Life, Living Assurance/Critical Illness/Dread Disease, Accident, Disability and Medical/Health insurances; Saya sekarang tidak diasuranskan di bawah mana-mana Asurans Nyawa/Hidup, Penyakit Kritikal/Penyakit Kritikal, Kemalangan, Hilang Upaya dan Asurans Perubatan/Kesihatan;
- I confirm that I am not aware of any other circumstances not already disclosed elsewhere in this proposal form that would render the assurance on my life more than usually hazardous. Saya mengesahkan bahawa saya tidak mengetahui tentang mana-mana keadaan lain yang tidak diberitahu di mana-mana di dalam borang cadangan ini yang boleh menyebabkan asurans keatas hayat saya lebih daripada kebiasaan

GMBS-FTFPC-V09-072006

