

PROPOSAL FORM FOR MEMBER (not more than 55 year) / BORANG CADANGAN UNTUK AHLI (tidak melebihi 55 tahun)

IMPORTANT NOTICE: 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.

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 itu akan dianggap tidak sah.

Policyholder Pemegang Polisi	Contract No. No. Kontrak
--	-----------------------------

Group Scheme No. No Skim Berkelompok	Branch Code Kod Cawangan	Employer Code Kod Majikan
---	-----------------------------	------------------------------

Proposer Status : Member Spouse Child New Proposal Upgrade Proposal
 Status Pencadang : Ahli Pasangan Anak-Anak Permohonan Baru Permohonan Tambahan

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

New NRIC No. - - Salutation
 No K/P (Baru) - - Gelaran

Old NRIC No./Birth Cert
 No K/P Lama/Sijil Kelahiran

Applicant's Name Male Female
 Nama Pemohon Lelaki Perempuan

M'ship/Staff No. Married Single Divorced Widow Widower
 No. Keahlian/Staf Berkahwin Bujang Bercerai Balu Duda

Date of Birth / / Height cm kg
 Tarikh Lahir / / Tinggi sm Berat kg
 Day/Hari Month/Bulan Year/Tahun

Race Malay Chinese Indian Others No. of Children Occupation Code
 Bangsa Melayu Cina India Lain-lain Bil. Anak Kod Pekerjaan

Occupation
 Pekerjaan

MEMBER X-REF >> New NRIC No. - - Old NRIC No.
 X-RUJUKAN AHLI >> No. K/P Baru - - No. K/P Lama

Name of Member
 Nama Ahli

Tel (House) - Tel (Office) -
 Tel (Rumah) - Tel (Pejabat) -

Resident Address
 Alamat Rumah
 Postcode Town
 Poskod Bandar

Company's Name & Address
 Nama & Alamat
 Syarikat
 Postcode Town
 Poskod Bandar

Yearly Contribution/Caruman Tahunan Existing/Sedia ada + New/Baru = Total/Jumlah
 RM RM RM

* Delete whichever is not applicable/Potong yang mana tidak berkenaan

FURTHER PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED/BUTIR-BUTIR LANJUT HAYAT YANG DIASURANSKAN	Yes Ya	No Tidak
1. Have you suffered or sustained any illness or injury, or undergone any X-ray examinations/laboratory tests or been hospitalised during the past five years, or have had or been advised to have any surgical operation? Pernakah anda menghidapi atau mengalami sebarang penyakit atau kecederaan, menjalani sebarang pemeriksaan X-ray/ujian makmal atau pernah dimasukkan ke hospital dalam jangkamasa lima tahun yang lepas atau dinasihatkan atau pernah dinasihatkan untuk menjalani sebarang pembedahan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Yes Ya	No Tidak
2. Have you ever suffered or been treated for or told that you have any/ Pernahkah anda mengidap, dirawat atau diberitahu yang anda mempunyai :- - Heart disease, palpitations, chest pains, heart attack./ Penyakit jantung,debaran jantung, sakit dada, serangan penyakit jantung - High blood pressure, raised cholesterol, stroke./ Tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, strok - Paralysis, epilepsy or any nervous disorder,/Kelumpuhan; gila babi, atau penyakit sistem saraf - Lung disease, asthma, bronchitis, pneumonia, tuberculosis, persistent cough or other respiratory diseases,/Penyakit paru-paru; asma; bronkitis; pneumonia; Batuk kering, batuk berpanjangan; atau sebarang penyakit melibatkan pernafasan - Cysts, cancer, growths or other malignancies, ulcers./Sista; kanser, ketumbuhan atau sebarang malignansi; ulser - Stomach ulcers or other digestive disorders./Sista perut; atau penyakit pencernaan lain - Hepatitis B or C, disorders of the liver, kidney disease,/Hepatitis B atau C; penyakit hati atau buah pinggang, - Nephritis, diabetes, or any urinary abnormalities,/Nefritis; kencing manis, atau penyakit berkenaan kencing - Disorders of the muscles, skin, glands, bones or joints, or arthritis, /Gangguan sistem otot; kulit; kelenjar; tulang atau sendi; artritis - Blood disorders, mental disorders./Gangguan sistem darah atau mental. - Physical impairments, deformities or any other illnesses not mentioned herein?/Kecacatan jasmani; atau sebarang penyakit lain yang tidak tersebut di atas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have any of your parents, brothers or sister suffered from the above disabilities? Adakah ibubapa atau adik beradik anda pernah mengidap atau dirawat sebarang penyakit diatas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have you or your spouse at any time in the past three months, had any of the following symptoms for more than one week continuously: Persistent and unexplained fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? Pernahkah anda atau pasangan anda dalam jangkamasa tiga bulan yang lepas mengalami sebarang gejala yang berikut untuk lebih dari satu Minggu secara berterusan: Kepelehan yang berpanjangan dan tidak dapat dijelaskan, kehilangan berat badan, cirit-birit, pembesaran noda limfa atau lesi kulit luar biasa ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Are you involved in any business, sport, or occupation that is dangerous or do you have any intention to do so? Adakah anda terlibat atau bertujuan untuk melibatkan diri dalam sebarang perniagaan, sukan atau pekerjaan yang membahayakan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you ever used morphine, opium or other drugs or have been under treatment for drug abuse? Pernahkah anda menggunakan morfin, candu atau sebarang dadah atau pernah dirawat kerana penyalahgunaan dadah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If the Answer to any of the Questions 1 to 6 is "Yes", please indicate Question Number and provide full relevant details below e.g. types of pursuits diagnosis, dates, duration of illness or injury, names and addresses of all attending physicians and medical institutions (please attach separate sheet/s if needed). Sekiranya jawapan kepada mana-mana soalan 1 hingga 6 adalah 'Ya', sila nyatakan nombor soalan dan segala butiran yang berkaitan dibawah, seperti, contoh jenis rawatan yang dijalankan, tarikh, jangkamasa penyakit atau kecederaan, nama dan alamat semua pakar perubatan dan institusi perubatan yang telah dihadiri (sila lampirkan helaian yang berasingan jika perlu).		

7. Do you smoke? If "Yes", state amount per day : _____ (_____ cigarettes) Adakah anda merokok sekarang ? Sekiranya "Ya", nyatakan purata penggunaan harian : (_____ batang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Do you drink alcohol? If "Yes" state amount per day: _____ cans/bottles/ pegs per day. Adakah anda meminum alkohol? Jika "Ya" nyatakan jumlahnya _____ tin/botol sehari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXCLUSIONS FOR CRITICAL ILLNESS / PENGECUALIAN BAGI PENYAKIT KRITIKAL

Any critical illness which existed before the effective date of cover / Sebarang penyakit kritikal yang dihadapi sebelum tarikh perlindungan berkuatkuasa. Diagnosed in the first 60 days from the time application has been fully accepted by the Company and the first premium payment has been cleared / Didiagnosis dalam tempoh 60 hari pertama dari masa permohonan diterima sepenuhnya oleh Syarikat ini dan bayaran premium pertama telah dijelaskan.

DECLARATION BY THE LIFE TO BE ASSURED

I hereby declare that all the foregoing statements and answers are full, complete and true, and I understand the Company believing them to be such will rely and act on them, otherwise no benefit under this policy will be payable, and I agree that they shall be the basis of the contract between me and Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad. Furthermore, I authorise any physician or hospital or any organisation that has any records or knowledge of me or my health to furnish the Company with the information concerning my medical history or physical condition. A photocopy of this authorisation shall be as effective and valid as the original. I have read and understood all the rules pertaining to the above Scheme and hereby apply to join the said Scheme and agree to be bound by all the rules of the said Scheme. This assurance shall not take effect until the premium payment has been cleared and my application has been fully accepted by the Company. Proposals under occupation risk class 4 is subject to a 20% reduction of Sum Assured. This is applicable to all coverages i.e. Death, TPD, Critical Illness & Personal Accident.

PENGAUKAN OLEH PEMOHON

Saya mengaku bahawa semua pengakuan dan jawapan di atas adalah penuh, lengkap dan benar, dan saya faham bahawa pihak Syarikat ini percaya akan pengakuan tersebut dan akan bergantung dan bertindak atas pengakuan tersebut, jika sebaliknya, tiada faedah yang akan dibayar di bawah polisi ini, dan saya bersetuju bahawa ini merupakan kontrak asas antara saya dan Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad. Di samping itu, saya mengizinkan mana-mana pakar perubatan atau hospital atau organisasi yang mempunyai rekod atau pengetahuan tentang kesihatan saya, untuk memberi laporan kepada pihak Syarikat mengenai latarbelakang perubatan atau keadaan fizikal saya. Salinan fotokopi surat izin ini adalah benar dan sah seperti surat asal. Saya telah membaca dan memahami segala peraturan yang berkaitan dengan Skim di atas dan dengan ini memohon untuk menyertai Skim tersebut dan bersetuju untuk mematuhi segala peraturan Skim ini. Skim Asurans ini hanya akan berkuatkuasa apabila premium telah dijelaskan dan permohonan saya telah diterima sepenuhnya dan diluluskan oleh Syarikat ini. Borang permohonan dibawah pekerjaan kelas 4, adalah tertakluk kepada pengurangan jumlah asuran sebanyak 20%. Ini adalah digunapakai kepada semua manfaat cth, Kematian, Hilang Upaya Total & Kekal, Penyakit Kritikal dan Kemalangan Individu.

□□ / □□ / 20□□

Signature of Member/ Tandatangan Ahli	Signature of Life To Be Assured (Spouse/Child)** Tandatangan Hayat Yang Diasuranskan(Pasangan/Anak)** (Age 16 And Above/Umur 16 Tahun Ke Atas)	Signature of Witness/ Tandatangan Saksi	Date/Tarikh
Name of Member/ Nama Ahli	Name of Life To Be Assured (Spouse/Child)** Nama Hayat Yang Diasuranskan(Pasangan/Anak)**	Name of Witness/ Nama Saksi	

Agent's/Officer's Declaration:- Pengakuan Ejen/Pegawai:-

I hereby declare that I have sighted the original NRIC/International Passport** of the Life to be Assured and the Proposer and verified the identity(ies) of the Life to be Assured and the Proposer through the use of such NRIC/International Passport**. Saya mengesahkan identiti Hayat yang Diasuranskan dan Pencadang setelah melihat Kad Pengenalan/Pasport Antarabangsa**.

Signature of the Agent / Officer Tandatangan Ejen/Pegawai _____ Name>Nama _____ Date/Tarikh _____

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

Sekiranya wujud sebarang percanggahan atau pertikaian dalam penggunaan istilah dan/atau terma-terma di dalam borang ini, rujukan akan dibuat mengikut borang yang dikeluarkan di dalam Bahasa Inggeris.