

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

IMPORTANT NOTICE:

In relation to insurance contracts wholly unrelated to your trade, business or profession

TAKE NOTE that you are under a duty to take reasonable care not to make any misrepresentation when:

- (a) answering specific questions that are relevant to the decision of the insurer whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied; and
- (b) confirming or amending any matter previously disclosed by you in relation to your insurance contract.

In addition to answering the specific questions in the proposal form, you are also required to take reasonable care to disclose to us fully and accurately any other matters which you know to be relevant to the decision of the insurer on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.

Your duty of disclosure under Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013 shall continue until the time the contract is entered into, varied or renewed.

In relation to insurance contracts related to your trade, business or profession

TAKE NOTE that you are under a duty to disclose to the insurer any matter that –

- (a) you know to be relevant to the decision of the insurer on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied; or
- (b) a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant.

You should fully and accurately answer all the questions in the proposal form and any other questions asked by the insurer.

Your duty of disclosure under Paragraph 4(1) of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013 shall continue until the time the contract is entered into, varied or renewed.

If you do not understand your obligations as stated above or if you need any further explanation, you can contact the Company or the Company's agent.

If you are in any doubt about whether certain facts are material, these facts should be disclosed. The entire pre-printed text of this proposal form is the standard type in use for purpose of applying for insurance with the Company. Any alteration to or deletion of any part of the text will require the applicant's specific instruction in writing separately addressed to the Company for individual consideration and concurrence. You should request for and study the brochures, sales illustration, Product Disclosure Sheet and policy contract in respect of the policy product paying particular attention to the benefits which are guaranteed and benefits which are not guaranteed, and your duties as a assured member under the policy contract.

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

NOTIS PENTING:

Berkeaan kontrak insurans yang tidak berkaitan sepenuhnya dengan perdagangan, perniagaan atau kerjaya anda

SILA AMBIL PERHATIAN bahawa anda bertanggungjawab untuk mengambil langkah yang munasabah agar tidak melakukan gambaran salah semasa:

- (a) menjawab soalan-soalan khusus yang berkaitan dengan keputusan syarikat insurans sama ada untuk menerima risiko ataupun tidak dan kadar serta syarat yang akan dikenakan; dan
- (b) mengesahkan atau mengubah sebarang perkara yang anda telah dedahkan sebelumnya berkaitan dengan kontrak insurans anda.

Sebagai tambahan kepada jawapan bagi soalan khusus dalam borang cadangan, anda juga perlu mengambil langkah munasabah untuk mendedahkan sebarang perkara lain yang anda ketahui dengan sepenuhnya dan tepat serta relevan terhadap keputusan syarikat insurans sama ada mahu menerima risiko ataupun tidak dan kadar serta syarat yang akan dikenakan

Anda mempunyai kewajipan untuk membuat pendedahan mengikut Perenggan 5 dalam Jadual 9 bagi Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan hendaklah diteruskan sehingga kontrak dibuat, diubah atau diperbaharui.

Berkeaan kontrak insurans yang berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau kerjaya anda

SILA AMBIL PERHATIAN bahawa anda bertanggungjawab membuat pendedahan kepada syarikat insurans bagi sebarang perkara yang -

- (a) anda mengetahui ia berkaitan dengan keputusan syarikat insurans sama ada untuk menerima risiko ataupun tidak dan kadar serta syarat yang akan dikenakan; atau
- (b) seseorang yang secara munasabah dapat menjangkakan untuk menjadi relevan.

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

Anda mempunyai kewajipan untuk membuat pendedahan mengikut Perenggan 4(1) dalam Jadual 9 bagi Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan hendaklah diteruskan sehingga kontrak dibuat, diubah atau diperbaharui.

Jika anda tidak memahami kewajipan yang dinyatakan di atas atau jika anda memerlukan sebarang penjelasan lanjut, sila hubungi Syarikat atau ejen Syarikat.

Jika anda ragu-ragu sama ada sesetengah fakta adalah material, anda hendaklah mendedahkannya. Keseluruhan teks pra-cetak dalam borang cadangan ini adalah mengikut piawaian tetap yang digunakan bagi tujuan permohonan insurans dengan Syarikat. Sebarang pindaan atau penghapusan mana-mana bahagian teks akan memerlukan arahan khusus secara bertulis daripada pemohon yang dialamatkan secara berasingan kepada Syarikat untuk pertimbangan dan persetujuan individu. Anda perlu meminta dan mengkaji risalah, ilustrasi jualan, Risalah Pendedahan Produk dan kontrak polisi bagi produk dengan polisi yang membayar manfaat tertentu yang dijamin dan manfaat yang tidak dijamin serta kewajipan anda sebagai seorang ahli diasuranskan di bawah kontrak polisi. Bukti umur berdokumen diperlukan sebelum pembayaran manfaat di bawah kontrak polisi. Jika umur hayat yang diinsuranskan tidak dinyatakan dengan betul, syarikat insurans boleh mengubah kontrak polisi bergantung kepada budi bicara tunggal dan mutlaknya, tertakluk kepada peruntukan Akta Perkhidmatan Kewangan 2013. Dalam polisi Insurans Perubatan Kesihatan yang dikuatkuasakan oleh pemegang polisi yang tidak mempunyai kepentingan boleh insurans ke atas hayat anda, anda mestilah menerima sijil insurans individu sebagai bukti insurans dan anda dinasihatkan untuk membuat susulan dengan pemegang polisi berkelompok atau Syarikat bagi mengesahkan perlindungan.

For Agent Use Only

Policyholder <i>Pemegang Polisi</i>	Branch Code <i>Kod Cawangan</i>	Employer Code <i>Kod Majikan</i>
Group Scheme No. <i>No. Skim Berkelompok</i>	Contract Type <i>Jenis Kontrak</i>	GS NO.
		Agent's Name <i>Nama Ejen</i>
		Agent's A/C No <i>No. Akaun Ejen</i>

For Office Use Only:

<input type="checkbox"/> Special Promotion <i>Promosi Istimewa</i> <input type="checkbox"/> Upgrade proposal <i>Permohonan Tambahan</i>	Contract No. <i>No. Kontrak</i>	I	II	III
	Client's No. <i>No. Pelanggan</i>			
	Contract No. <i>No. Kontrak</i>	IV	V	
	Client's No. <i>No. Pelanggan</i>			
Proposal Reg. By : _____		Date: _____		
Verified By : _____		Date: _____		
Underwriting Decision Updated By : _____		Date: _____		

All questions must be fully completed in block letters and in black ink, and by ticking (√) the appropriate boxes.

Semua soalan mesti dijawab dengan lengkap menggunakan huruf besar dengan dakwat hitam, dan tandakan (√) dalam kotak yang sesuai.

PERSONAL DETAILS BUTIR-BUTIR PERIBADI	
PARTICULARS OF MEMBER (PAYER) BUTIR-BUTIR AHLI (PEMBAYAR)	
1. Salutation <i>Gelaran</i>	<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Madam <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Others _____ <i>Encik Puan Cik Encik Lain-lain</i>
2. M'ship/Staff No. <i>No. Keahlian/Staf</i>	
3. Full Name (as shown on NRIC) <i>Nama Penuh (seperti di dalam Kad Pengenalan)</i>	
4. New NRIC No. <i>No. K/P Baru</i>	5. Old NRIC No./ Birth Cert <i>No. K/P Lama/ Sijil Kelahiran</i>
6. Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>	7. Country of Birth <i>Negara Kelahiran</i>
8. Sex <i>Jantina</i>	9. Race <i>Bangsa</i>
10. Nationality <i>Warganegara</i>	State Name of Country <i>Nyatakan Nama Negara</i>
11. Marital Status <i>Status Perkahwinan</i>	
12. Tel No. <i>No. Tel</i>	Country Code <i>Kod Negara</i>
	Area Code <i>Kod Daerah</i>
	Tel. No. <i>No. Tel.</i>
Tel (H/p) <i>Tel (Bimbit)</i>	Country Name <i>Nama Negara</i>
Tel (House) <i>Tel (Rumah)</i>	Country Name <i>Nama Negara</i>
Tel (Office) <i>Tel (Pejabat)</i>	Country Name <i>Nama Negara</i>

PARTICULARS OF MEMBER (PAYER) BUTIR-BUTIR AHLI (PEMBAYAR)

13. Name & Address of Member's Employer Nama & Alamat Majikan Ahli

Postcode <i>Poskod</i>										Town <i>Bandar</i>									
Country <i>Negara</i>																			

14. Mailing Address Alamat Surat-Menyurat

Postcode <i>Poskod</i>										Town <i>Bandar</i>									
Country <i>Negara</i>																			

15. Residential Address Alamat Rumah

Postcode <i>Poskod</i>										Town <i>Bandar</i>									
Country <i>Negara</i>																			

16. Are you insuring your ownself ? If "Yes", please complete the sum assured details below.

Adakah anda mengasuranskan diri sendiri ? Jika "Ya" sila lengkapkan butir Jumlah Asurans di bawah.

Yes *Ya* No *Tidak*

Pay Mode
Mod Bayaran

	Existing	<i>Sedia ada</i>	+	New	<i>Baru</i>	=	Total	<i>Jumlah</i>
Monthly Contribution <i>Caruman Bulanan</i>	RM	<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Monthly Current Sum Assured applied <i>Jumlah Asurans dipohon</i>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hospital Benefit <i>Manfaat Hospital</i>		<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i>		<input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>			Hospital Benefit Sum Assured <i>Jumlah Asurans Manfaat Hospital</i>	<input type="text"/>

PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED (II) BUTIR-BUTIR HAYAT YANG DIASURANSKAN (II)

1. Salutation <i>Gelaran</i>	<input type="checkbox"/> Mr <i>Encik</i>	<input type="checkbox"/> Madam <i>Puan</i>	<input type="checkbox"/> Miss <i>Cik</i>	<input type="checkbox"/> Master <i>Encik</i>	<input type="checkbox"/> Others <i>Lain-lain</i>						
2. Status of Life To Be Assured <i>Status Hayat Yang Diasuranskan</i>	<input type="checkbox"/> Spouse <i>Pasangan</i>	<input type="checkbox"/> Child <i>Anak-Anak</i>	> Child No. _____ out of _____ siblings	> Anak No _____ dari _____ beradik							
3. Full Name (as shown on NRIC) <i>Nama Penuh (seperti di dalam Kad Pengenalan)</i>	<input type="text"/>										
4. New NRIC No. <i>No. K/P Baru</i>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	5. Old NRIC No./ Birth Cert <i>No. K/P Lama/ Sijil Kelahiran</i>	<input type="text"/>				
6. Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	7. Country of Birth <i>Negara Kelahiran</i>	<input type="checkbox"/> Malaysia <i>Malaysia</i>	<input type="checkbox"/> Others <i>Lain-lain</i>	State Name of Country <i>Nyatakan Nama Negara</i>		
8. Sex <i>Jantina</i>	<input type="checkbox"/> Male <i>Lelaki</i>	<input type="checkbox"/> Female <i>Perempuan</i>	9. Race <i>Bangsa</i>	<input type="checkbox"/> Malay <i>Melayu</i>	<input type="checkbox"/> Chinese <i>Cina</i>	<input type="checkbox"/> Indian <i>India</i>	<input type="checkbox"/> Others <i>Lain-lain</i>				
10. Nationality <i>Warganegara</i>	<input type="checkbox"/> Malaysian <i>Malaysia</i>	<input type="checkbox"/> Others <i>Lain-lain</i>	State Name of Country <i>Nyatakan Nama Negara</i>	11. Marital Status <i>Status Perkahwinan</i>	<input type="checkbox"/> Married <i>Berkahwin</i>	<input type="checkbox"/> Divorced <i>Bercerai</i>	<input type="checkbox"/> Single <i>Bujang</i>	<input type="checkbox"/> Widowed <i>Balu</i>			

PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED (III) BUTIR-BUTIR HAYAT YANG DIASURANSKAN (III)

14. Residential Address *Alamat Rumah*

Please tick if same as member. If it is different, please write on a supplementary sheet attaching to and forming part of the Proposal For Assurance.

Sila tandakan sekiranya sama dengan ahli. Jika tidak sama, sila tuliskan di Lampiran Tambahan (dilampirkan pada dan membentuk sebahagian daripada Cadangan Untuk Asurans).

Pay Mode
Mod Bayaran

Monthly
Bulanan

Existing <i>Sedia ada</i>	+	New <i>Baru</i>	=	Total <i>Jumlah</i>
RM <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Monthly Contribution <i>Caruman Bulanan</i>				
Current Sum Assured applied <i>Jumlah Asurans dipohon</i>				
<input type="text"/>				
Hospital Benefit <i>Manfaat Hospital</i>				
<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>				
Hospital Benefit Sum Assured <i>Jumlah Asurans Manfaat Hospital</i>				
<input type="text"/>				

PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED (IV) BUTIR-BUTIR HAYAT YANG DIASURANSKAN (IV)

1. Salutation *Gelaran* Mr *Encik* Madam *Puan* Miss *Cik* Master *Encik* Others *Lain-lain* _____

2. Status of Life To Be Assured *Status Hayat Yang Diasuranskan* Spouse *Pasangan* Child *Anak-Anak* > Child No. _____ out of _____ siblings
> Anak No. _____ dari _____ beradik

3. Full Name *Nama Penuh (seperti di dalam Kad Pengenalan)*

4. New NRIC No. *No. K/P Baru* - - 5. Old NRIC No./ Birth Cert *No. K/P Lama/ Sijil Kelahiran*

6. Date of Birth *Tarikh Lahir* / / 7. Country of Birth *Negara Kelahiran* Malaysia *Malaysia* Others *Lain-lain* _____
Day Hari Month Bulan Year Tahun State Name of Country *Nyatakan Nama Negara*

8. Sex *Jantina* Male *Lelaki* Female *Perempuan* 9. Race *Bangsa* Malay *Melayu* Chinese *Cina* Indian *India* Others *Lain-lain* _____

10. Nationality *Warganegara* Malaysian *Malaysia* Others *Lain-lain* _____ State Name of Country *Nyatakan Nama Negara* 11. Marital Status *Status Perkahwinan* Married *Berkahwin* Divorced *Bercerai*
 Single *Bujang* Widowed *Balu*

12. Tel No. *No. Tel* Country Code *Kod Negara* Area Code *Kod Daerah* Tel. No. *No. Tel.*
 Tel (H/p) *Tel (Bimbit)* _____ + - -
 Country Name *Nama Negara*
 Tel (House) *Tel (Rumah)* _____ + - -
 Country Name *Nama Negara*
 Tel (Office) *Tel (Pejabat)* _____ + - -
 Country Name *Nama Negara*

13. Mailing Address *Alamat Surat-Menyurat*

Please tick if same as member. If it is different, please write on a supplementary sheet attaching to and forming part of the Proposal For Assurance.

Sila tandakan sekiranya sama dengan ahli. Jika tidak sama, sila tuliskan di Lampiran Tambahan (dilampirkan pada dan membentuk sebahagian daripada Cadangan Untuk Asurans).

14. Residential Address *Alamat Rumah*

Please tick if same as member. If it is different, please write on a supplementary sheet attaching to and forming part of the Proposal For Assurance.

Sila tandakan sekiranya sama dengan ahli. Jika tidak sama, sila tuliskan di Lampiran Tambahan (dilampirkan pada dan membentuk sebahagian daripada Cadangan Untuk Asurans).

Pay Mode
Mod Bayaran

Monthly
Bulanan

Existing <i>Sedia ada</i>	+	New <i>Baru</i>	=	Total <i>Jumlah</i>
RM <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Monthly Contribution <i>Caruman Bulanan</i>				
Current Sum Assured applied <i>Jumlah Asurans dipohon</i>				
<input type="text"/>				
Hospital Benefit <i>Manfaat Hospital</i>				
<input type="checkbox"/> Yes <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No <i>Tidak</i>				
Hospital Benefit Sum Assured <i>Jumlah Asurans Manfaat Hospital</i>				
<input type="text"/>				

YOUR ATTENTION IS DRAWN TO THE BENEFITS UNDER THIS SCHEME**SILA AMBIL PERHATIAN TERHADAP MANFAAT DI BAWAH SKIM INI**

50% of the sum assured will be payable upon the following events:

- (i) Death due to Pre-Existing Disorder (as defined in the Master Policy) in the first 2 years of commencement of insurance;
- (ii) Total and Permanent Disability in the first 6 months of commencement of insurance; or
- (iii) Critical Illness diagnosed in the first 6 months of commencement of insurance.

50% daripada Jumlah Asurans akan dibayar untuk kejadian di bawah :

- (i) Kematian disebabkan oleh Penyakit yang sedia ada (seperti ditakrifkan dalam Polisi Induk) dalam tempoh 2 tahun pertama daripada tarikh permulaan insurans ;
- (ii) Hilang Upaya Total dan Kekal dalam tempoh 6 bulan pertama daripada tarikh permulaan insurans; atau
- (iii) Penyakit Kritikal didiagnosis dalam tempoh 6 bulan pertama daripada tarikh permulaan insurans.

No benefit shall be payable for any Total and Permanent Disability arising from any pre-existing Total and Permanent Disability or pre-existing Critical Illness; or any Critical Illness diagnosed in the first 60 days from Risk Commencement Date, or any Critical Illness claim arising from pre-existing Critical Illness.

Tiada manfaat akan dibayar untuk sebarang tuntutan Hilang Upaya Total dan Kekal atau Penyakit Kritikal disebabkan sebarang Hilang Upaya Total dan Kekal atau Penyakit Kritikal yang sedia ada; atau sebarang penyakit kritikal yang didiagnosis dalam tempoh 60 hari pertama daripada Tarikh Permulaan Risiko, atau sebarang tuntutan Penyakit Kritikal disebabkan Penyakit Kritikal yang sedia ada.

Other than as stated above, the full claim will be payable upon death, Total and Permanent Disability or Critical Illness, subject to the terms and conditions of the Master Policy.

Selain daripada yang dinyatakan di atas, tuntutan sepenuhnya akan dibayar untuk kematian, Hilang Upaya Total dan Kekal atau Penyakit Kritikal, tertakluk kepada terma dan syarat Polisi Induk.

Benefits are set out in the Master Policy.

Segala manfaat ada disenaraikan dalam Polisi Induk.

The Scheme requires a minimum participation of 500 persons. The Company reserves the right to terminate the Scheme if at any given time the participation falls below the minimum requirement, and pay the current fund value to the remaining participants.

Skim ini memerlukan penyertaan minimum seramai 500 orang ahli. Great Eastern berhak untuk membatalkan Skim Asurans Berkumpulan ini sekiranya penyertaan daripada ahli adalah kurang daripada penyertaan minimum dalam tempoh masa yang tertentu, dan nilai tabung semasa itu akan dikembalikan kepada ahli yang berkenaan.

FOR CHILD - DEATH, TOTAL AND PERMANENT DISABILITY AND CRITICAL ILLNESSES**UNTUK ANAK - KEMATIAN, HILANG UPAYA TOTAL & KEKAL DAN PENYAKIT KRITIKAL**

Upon the death, Total and Permanent Disability or Critical Illnesses of the Assured Child who is 5 years (age next birthday) or older at the time of his death, Total and Permanent Disability or Critical Illnesses diagnosed, the Basic Sum Assured under this policy will be payable in full. In the case of death, Total and Permanent Disability or Critical Illnesses of an Assured Child below the age of 5 years (age next birthday) at the time of his death, Total and Permanent Disability or Critical Illnesses diagnosed the Basic Sum Assured payable under the policy shall be reduced in accordance with the age next birthday of the Assured Child. The Basic Sum Assured under the Policy will be payable in one lump sum in accordance with the following table:

Sekiranya berlaku kematian, Hilang Daya Upaya Total & Kekal atau Penyakit Kritikal ke atas Anak Yang Diasuranskan ketika umurnya 5 tahun (umur pada ulang tahun akan datang) atau lebih pada masa kematian, Hilang Daya Upaya Total & Kekal atau Penyakit Kritikal didiagnosis, jumlah Asurans Asas Polisi ini akan dibayar dengan penuh. Dalam keadaan di mana kematian, Hilang Daya Upaya Total & Kekal atau Penyakit Kritikal didiagnosis Anak Yang Diasuranskan berlaku ketika umurnya di bawah 5 tahun (umur pada ulang tahun akan datang), Jumlah Asurans Asas Polisi ini akan berkurangan berdasarkan kepada umur Anak Yang Diasuranskan pada ulang tahun akan datang. Jumlah Asurans Asas Polisi akan dibayar secara sekaligus berdasarkan jadual di bawah:

Age next birthday <i>Umur pada ulang tahun akan datang</i>	Percentage of Basic Sum Assured <i>Peratusan Jumlah Asurans Asas</i>
1	20%
2	40%
3	60%
4	80%
5	100%

Upon Total and Permanent Disability after age 6 of the child, 10% of the Sum Assured of the policy will be advanced and the balance which is 90% will be payable one calendar year later.

Apabila menghadapi Hilang Daya Upaya Total & Kekal selepas anak berumur 6 tahun, 10% Jumlah Asurans polisi akan dibayar serta merta dan bayaran selebihnya iaitu 90% satu tahun selepas itu.

DATA PROTECTION NOTICE NOTIS PERLINDUNGAN DATA

By submitting this form, you are providing personal information to the Company.

Dengan menyerahkan borang ini, anda telah memberi maklumat peribadi kepada Syarikat.

The Company will be processing your personal information provided in this form and/or further information and data that may be required by the Company either from you or from any third parties.

Syarikat akan memproses maklumat peribadi anda yang dinyatakan dalam borang ini dan/atau maklumat lanjut serta data yang mungkin diperlukan oleh Syarikat sama ada daripada anda atau daripada mana-mana pihak ketiga.

Your personal information may be used, recorded, stored, disclosed or otherwise processed by or on behalf of the Company (and its successors in title) for the following purposes:

Maklumat peribadi anda mungkin digunakan, direkodkan, disimpan, didedahkan ataupun diproses oleh Syarikat atau bagi pihak Syarikat (dan penggantinya) bagi tujuan berikut:

- (a) to carry on insurance business; *untuk menjalankan perniagaan insurans; untuk menjalankan perniagaan insurans;*

DATA PROTECTION NOTICE NOTIS PERLINDUNGAN DATA

- (b) for this or any other or further insurance or financial related product or service or any alterations, variations, cancellation or renewal of such product or service by the Company and other companies within the Company's group of companies (for information, log on to www.greateasternlife.com);
untuk insurans ini atau insurans lain atau insurans selanjutnya atau produk atau perkhidmatan berkaitan insurans atau sebarang pindaan, variasi, pembatalan atau pembaharuan sebarang produk atau perkhidmatan sedemikian oleh Syarikat dan syarikat lain dalam kumpulan Syarikat (untuk maklumat lanjut, sila layari www.greateasternlife.com);
- (c) research and audit purposes including but not limited to historical and statistical purposes;
untuk tujuan penyelidikan dan audit termasuk dan tidak terhad kepada tujuan sejarah dan statistik;
- (d) any claim or investigation or analysis of such claim;
sebarang tuntutan atau penyiasatan atau analisis untuk tuntutan tersebut;
- (e) to ascertain your claims history in order to improve claims processing and prevent fraudulent claims;
memastikan sejarah tuntutan anda, untuk memperbaiki proses tuntutan dan mengelakkan tuntutan palsu;
- (f) exercising any right of subrogation; and
menjalankan sebarang hak subrogasi; dan
- (g) to match any data held by the Company relating to you from time to time;.
memadankan sebarang data yang dikekalkan Syarikat berkaitan anda dari semasa ke semasa;
- (h) direct marketing and general marketing;
pemasaran langsung dan pemasaran am;
- (i) managing and servicing the Company's relationship with you and to provide you with improved customer service; and
menguruskan dan memberi perkhidmatan atas hubungan Syarikat dengan anda di samping memberi perkhidmatan pelanggan yang dipertingkatkan; dan
- (j) if required by law or in good faith, if such action is necessary (i) to comply with any law enforcement, court orders or legal process, and/or (ii) to protect and defend the rights or property of the Company and the Company's group of companies and their users (for information, log on to www.greateasternlife.com).
jika diperlukan dari segi undang-undang atau atas niat baik, sekiranya tindakan tersebut diperlukan (i) untuk mematuhi sebarang penguatkuasaan undang-undang, arahan mahkamah atau proses undang-undang, dan/atau (ii) untuk melindungi serta mempertahankan hak atau harta syarikat serta kumpulan Syarikat dan penggunaanya (untuk maklumat lanjut, sila layari www.greateasternlife.com).

By submitting this application, you consent and authorize the Company to obtain and verify any information about you from you or from any third parties which the Company may require in connection with your application for any of the Company's insurance products or services. Such consent and authorization herein shall extend to any information obtained from any of the insurance policy(ies) presently provided to you, any new application to the Company for insurance, such historical financial or credit records, data or information whether or not provided personally.
Dengan menghantar permohonan ini, anda memberi keizinan dan kebenaran kepada Syarikat untuk mendapatkan dan mengesahkan sebarang maklumat berkenaan anda atau daripada pihak ketiga yang mungkin diperlukan Syarikat berhubung dengan permohonan anda untuk sebarang produk atau perkhidmatan yang disediakan Syarikat. Keizinan dan kebenaran yang diberi seperti dalam permohonan ini boleh digunakan untuk mendapatkan sebarang maklumat daripada mana-mana polisi insurans yang melindungi anda pada masa ini, sebarang permohonan baru untuk mendapatkan insurans daripada Syarikat, sejarah kewangan atau kad kredit, data atau maklumat, sama ada diberikan secara peribadi atau pun tidak.

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

Maklumat yang anda berikan kepada Syarikat adalah perlu. Jika anda tidak memberikan maklumat tersebut, Syarikat mungkin tidak dapat memberikan insurans bagi anda ataupun menyelesaikan sebarang tuntutan.

The Company may disclose and/or provide your personal information to the following parties for the purposes stated above:

Syarikat boleh menzahirkan dan/atau memberi maklumat peribadi anda kepada pihak-pihak berikut bagi tujuan yang dinyatakan di atas:

- (a) the Company's Authorised Representatives;
Wakil yang Dibenarkan Syarikat;
- (b) the policyholder and/or its brokers;
pemegang polisi dan/atau brokernya;
- (c) third party service providers (who provide administrative, telecommunications, computer, payment, data processing or storage, or other services to the Company in connection with the operation of our business) to fulfill the Company's obligations to you;
pihak ketiga yang menyediakan perkhidmatan (pentadbiran, telekomunikasi, komputer, pembayaran, pemprosesan atau penyimpanan data, atau yang lain kepada Syarikat berkaitan dengan operasi perniagaan kami) bagi memenuhi tanggungjawab Syarikat kepada anda;
- (d) insurance carriers, third-party claims adjusters, fraud detection and prevention services, reinsurance companies and insurance industry regulatory authorities;
syarikat insurans, penyelaras tuntutan pihak ketiga, perkhidmatan pengesanan dan pencegahan penipuan, syarikat insurans semula dan pihak berkuasa industri insurans;
- (e) any credit reference agencies or, in the event of default, any debt collection agencies;
sebarang agensi rujukan kredit atau jika gagal membuat bayaran, sebarang agensi pemungut hutang;
- (f) any insurance rating organizations that collect information about credit history, accident fault, injury description and amounts paid and share it with other insurance companies and others entitled to see it;
sebarang organisasi pengadaran insurans yang mengumpul maklumat berkenaan sejarah kredit, punca kemalangan, maklumat kecederaan dan amaun yang dibayar dan berkongsi yang sama bersama syarikat insurans lain dan pihak lain yang berhak melihatnya;
- (g) any person, who is under a duty of confidentiality and has undertaken to keep such data confidential, which the Company has engaged to fulfill its obligations to you;
mana-mana individu yang mempunyai tanggungjawab kerahsiaan dan telah mengakujajani untuk mengekalkan data tersebut sebagai rahsia, yang Syarikat telah melantik untuk menunaikan kewajipan Syarikat kepada anda;
- (h) any actual or proposed assignee, transferee, participant or sub-participant of the Company's rights or business,
mana-mana penerima, penerima pindahan, peserta atau peserta bersama terhadap hak atau perniagaan Syarikat, sama ada sebenar atau dicadangkan;

DATA PROTECTION NOTICE NOTIS PERLINDUNGAN DATA

- (i) any person to whom the Company is under an obligation to make disclosure under the requirements of any law, rules, regulations, codes of practice or guidelines binding on the Company including, without limitation, any applicable regulators, governmental bodies, or industry recognised bodies such as the Life Insurance Association of Malaysia, and where otherwise required by law; and
mana-mana individu di mana Syarikat bertanggungjawab membuat penzahiran di bawah peruntukan sebarang undang-undang, peraturan, pengatur, kod amalan atau garis panduan yang mengikat ke atas Syarikat yang termasuk dan tidak terhad kepada mana-mana badan pengawalan, badan kerajaan, atau badan yang diiktiraf oleh industri seperti Persatuan Insurans Hayat Malaysia dan selainnya menurut undang-undang; dan
- (j) other companies in the Company's group of companies (for information, please log on to www.greateasternlife.com) including those located outside Malaysia.
syarikat lain yang bernaung di bawah kumpulan Syarikat (untuk maklumat lanjut, sila layari www.greateasternlife.com) termasuk yang terletak di luar Malaysia.

You may access certain personal information held by the Company based on the applicable data protection laws of Malaysia. You may access your personal information during office hours by calling Customer Service Care at 1 300 1 300 88. If you have any inquiry or complaint (such as limiting the processing of certain information, including the withdrawal of consent to receive marketing information), you may contact our Privacy Officer at +603 4813 3796, or write to the Company.

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

The Company may charge a reasonable fee for access. If you can show that the personal information held by the Company is not accurate, complete and up to date, the Company will take reasonable steps to ensure it is accurate, complete and up to date upon receiving your verification/feedback.

Syarikat berhak mengenakan bayaran berpatutan untuk pemberian akses. Jika anda boleh menunjukkan bahawa maklumat peribadi yang disimpan oleh Syarikat tidak tepat, tidak lengkap dan tidak terkini, Syarikat akan mengambil langkah sewajarnya bagi memastikan ianya tepat, lengkap dan terkini selepas menerima pengesahan/maklumbalas anda.

For more information on how the Company deals with your personal information, please log on to www.greateasternlife.com and read the Company's Client Charter and Privacy Policy or contact the Company's Authorised Representative for a copy.

Untuk maklumat lanjut berkenaan bagaimana Syarikat menggunakan informasi peribadi anda, sila layari www.greateasternlife.com dan baca Piagam Pelanggan Syarikat dan Polisi Privasi atau hubungi Wakil yang Dibenarkan bagi mendapatkan salinan.

The Company may review and update this Data Protection Notice from time to time to reflect changes in the law, changes in the Company's business practices, procedures and structure, and changes in the community's privacy expectations. It is not generally feasible to notify you of changes to this Data Protection Notice and as such, you can log on to www.greateasternlife.com or contact the Company's Privacy Officer to obtain the latest version of the Data Protection Notice at any time.

Syarikat mungkin menyemak semula dan mengemas kini Notis Perlindungan Data ini dari semasa ke semasa disebabkan perubahan undang-undang, perubahan dalam amalan pemiagaan, prosedur dan struktur Syarikat serta perubahan terhadap jangkaan tahap privasi oleh masyarakat. Kami mungkin tidak dapat memaklumkan anda terhadap perubahan bagi Notis Perlindungan Data ini, oleh itu, anda boleh melayari www.greateasternlife.com atau menghubungi Pegawai Privasi Syarikat bagi mendapatkan versi terkini Notis Perlindungan Data pada bila-bila masa.

By signing this form you consent to such use of your personal information including sensitive personal data.

Dengan menandatangani borang ini, anda membenarkan penggunaan maklumat peribadi anda termasuklah data peribadi yang sensitif.

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

I/We hereby declare and agree to the following on behalf of myself/ourselves and any person or entity who may have or claim any interest in the policy issued pursuant to this proposal form.

Saya/Kami mengaku dan bersetuju bagi pihak diri sendiri dan sesiapa saja atau entiti yang telah atau mungkin menuntut hak ke atas sebarang insurans yang dikeluarkan terhadap permohonan ini.

1. All the foregoing statements and answers in this proposal form together with any other documents or questionnaires submitted in connection with this proposal form and all statements made and answers given to the Company's medical examiner(s), are complete and accurate ("the Information") and I understand that the Information given by me is relevant to the Company in deciding whether to accept my proposal or not and the rates and terms to be applied. The Company may terminate or void the policy contract (if issued), deny or reduce my claim, or change or vary the terms of the policy contract, if there is any non-disclosure, misrepresentation, misstatement, inaccuracy or omission.

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

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

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

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

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

Please tick if applicable
Sila tandakan jika berkenaan

4. I/We have fully read and understood all the contents of, and the warnings and advice contained in this proposal form.

Saya/Kami telah membaca dengan sepenuhnya dan memahami segala kandungan, dan amaran dan nasihat yang terkandung di dalam borang cadangan ini.

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

5. I/We have fully read and understood the Data Protection Notice above and I/we agree that the Company may process the personal information in the manner set out in the said Notice.
Saya/Kami telah membaca dan memahami sepenuhnya Notis Perlindungan Data di atas dan saya/kami bersetuju bahawa Syarikat boleh memproses maklumat peribadi dengan cara yang dinyatakan dalam Notis di atas.
6. I/We declare that any funds and/or assets I/we place with the Company, as well as any profits that they generate, comply with the tax laws of the country(ies) where I/we am/are resident(s), as well as the tax laws of the country(ies) of which I/we am/are citizen(s).
Saya/Kami mengisytiharkan bahawa mana-mana dana dan/atau aset yang saya/kami tempatkan dengan Syarikat, serta apa-apa keuntungan yang diperolehi, mematuhi undang-undang cukai negara (negara-negara lain) yang mana saya/kami bermastautin, serta undang-undang cukai negara (negara-negara lain) yang saya/kami merupakan warganegara.
7. I/We confirm that I am/we are not undischarged bankrupt(s) and that no unsettled demand(s) for payment in the form of Order(s), Judgement(s) or Bankruptcy Notice(s), had been served on me/us.
Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami tidak mufliis dan tiada tuntutan untuk bayaran yang belum dilunaskan telah diserahkan kepada saya/kami dalam bentuk Perintah, Penghakiman atau Notis Mufliis.
8. I/We hereby authorize any doctor, medical practitioner, physician, hospital, laboratory, surgeon, nurse, medical staff, clinic, insurance company, organization or institution, that has any records or knowledge of me/us or my/our health, to disclose to the Company or its representative any information about me/us, my/our health, medical history and any hospitalization, advice treatment, disease or ailment, and I/we authorize the Company and its representative to give and release any such information to any party to process this application and for the administration, analysis or processing of claim. A photocopy of this authorization shall be effective and valid as the original.
Dengan ini saya/kami membenarkan mana-mana doktor, pengamal perubatan, pakar perubatan, hospital, makmal, pakar bedah, jururawat, kakitangan perubatan, klinik, syarikat insurans, organisasi atau institut yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan berkenaan saya/kami atau kesihatan saya/kami, untuk mendedahkan sebarang maklumat kepada Syarikat atau wakilnya berkenaan saya/kami, kesihatan saya/kami, sejarah perubatan dan sebarang kemasukan hospital, nasihat rawatan, penyakit atau sakit, dan saya/kami membenarkan Syarikat dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan sebarang maklumat kepada mana-mana pihak bagi memproses permohonan ini dan tujuan pentadbiran, analisis atau memproses tuntutan. Salinan fotostat pengesahan ini adalah berkuat kuasa dan sah seperti asal.
9. **FOR INVESTMENT-LINKED POLICIES:** I/We hereby irrevocably authorise the Company to deduct the monthly insurance charges for Basic Benefit and all the attaching Investment-Linked Optional Benefits (or riders), if any, from the Total Investment Value of my/our proposed policy in all circumstances including but not limited to the event when any premium due is not paid. I/We further understand and agree that concurrent deduction for policy fee will also be made by the Company. All these deductions shall be made in accordance with the terms and conditions as specified in my/our proposed policy.
Untuk Polisi Berkait Pelaburan: Dengan ini saya/kami secara muktamad memberi kuasa kepada Syarikat untuk memotong caj insurans bulanan untuk Manfaat Asas dan kesemua Manfaat Pilihan Berkait Pelaburan (atau rider) yang disertakan, jika ada, daripada Jumlah Nilai Pelaburan polisi cadangan saya/kami dalam semua keadaan termasuk tetapi tidak terhad kepada keadaan dimana premium belum dijelaskan. Saya/Kami seterusnya faham dan bersetuju bahawa potongan serentak untuk yuran polisi juga boleh dilakukan oleh Syarikat. Semua potongan akan dibuat mengikut terma-terma dan syarat-syarat seperti yang disebutkan di dalam polisi cadangan.
10. **For Member only Untuk Ahli sahaja**
In the event the Company becomes aware that I am or have become a prohibited person, namely a person or an entity who is subject to sanction pursuant to any laws and/or regulations, administered by any governmental, regulatory or competent authority, or any law enforcement in any country; I agree that the Company may terminate and/or void the policy issued hereunder with immediate effect or from inception, as applicable at the sole discretion of the Company. Subject always to all applicable laws and/or regulatory requirements, the Company shall not thereafter be required to transact any business with me in connection with the policy, including but not limited to, making or receiving any payments under the policy or proposal submitted. Similarly, in the event the Company becomes aware that any of the Life Insured, Trustee, Assignee, Nominee and/or Beneficial Owner named in or connected with the policy, is or has become a prohibited person, I agree that the Company may terminate and/or void the policy with immediate effect or from inception, as applicable at the sole discretion of the Company; and subject always to all applicable laws and/or regulatory requirements, the Company shall not thereafter be required to transact any business in connection with the policy, including but not limited to, making or receiving any payments under the policy or proposal submitted.
Sekiranya Syarikat menyedari bahawa saya adalah atau telah menjadi orang yang dilarang, iaitu orang atau entiti yang dikenakan hukuman menurut mana-mana undang-undang dan/atau peraturan-peraturan yang ditadbir oleh mana-mana pihak berkuasa kerajaan, peraturan atau yang berwajib, atau mana-mana penguatkuasaan undang-undang di mana-mana negara; Saya bersetuju bahawa Syarikat boleh menamatkan dan/atau membatalkan polisi yang dikeluarkan dengan serta-merta atau dari permulaan, seperti yang berkenaan mengikut budi bicara Syarikat. Sentiasa tertakluk kepada semua undang-undang dan/atau keperluan undang-undang. Selepas itu, Syarikat tidak perlu menjalankan sebarang pemiagaan berkaitan dengan polisi tersebut dengan saya, termasuklah dan tidak terhad kepada, membuat atau menerima apa-apa bayaran di bawah polisi atau cadangan yang dikemukakan. Begitu juga, sekiranya Syarikat itu menyedari bahawa mana-mana Hayat yang Diasuranskan, Pemegang Amanah, Penerima, Penama dan/atau Pemunya Benefisial yang dinamakan dalam atau berkaitan dengan polisi, adalah atau telah menjadi orang yang dilarang, saya bersetuju bahawa Syarikat boleh menamatkan dan/atau membatalkan polisi itu dengan berkuatkuasa serta-merta atau dari permulaan, seperti yang berkenaan mengikut budi bicara Syarikat dan tertakluk kepada semua undang-undang dan/atau peraturan yang berkenaan, Selepas itu, Syarikat tidak perlu menjalankan sebarang urusan berkaitan dengan polisi tersebut, termasuklah tetapi tidak terhad kepada, membuat atau menerima apa-apa bayaran di bawah polisi atau cadangan yang dikemukakan.
11. **FATCA (US Foreign Account Tax Compliance Act) related clauses**
Fasal berkaitan FATCA (Akta Pematuhan Cukai Akaun Luar Negara Amerika Syarikat)
I/We agree that I/we will update the Company promptly of any change or addition to the information provided herein about me/us, the life assured, the beneficiary named in this proposal or of the policy and any other relevant persons (if any, and collectively with the life assured and the beneficiary the "Relevant Persons") as the Company may reasonably require. I/We further agree, and represent to the Company that each Relevant Person has agreed when information about him is provided to the Company, that the Company may disclose such information for the purpose of its compliance with any applicable rules, laws and regulations, codes of practice or guidelines or to assist in law enforcement and investigations by relevant authorities.
Saya/Kami bersetuju bahawa saya/kami akan memaklumkan Syarikat dengan segera jika terdapat sebarang perubahan atau pertambahan maklumat yang diberi di dalam ini berkenaan saya/kami, hayat yang diasuranskan, benefisiari yang dinamakan dalam cadangan ini atau polisi dan sebarang individu lain yang relevan (jika ada dan secara kolektif dengan hayat yang diasuranskan dan benefisiari "Individu yang Relevan") seperti yang mungkin diperlukan Syarikat. Selanjutnya, saya/kami bersetuju dan mewakilkan Syarikat bahawa setiap Individu yang Relevan telah bersetuju ke atas maklumat berkenaan dirinya yang diberi kepada Syarikat, bahawa Syarikat mungkin mendedahkan maklumat tersebut bagi tujuan pematuhan dengan sebarang peraturan, undang-undang dan pengawalan, kod amalan atau garis panduan atau membantu dalam penguatkuasaan undang - undang serta penyiasatan yang berkenaan oleh pihak berkuat kuasa yang berkenaan.

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

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

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

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

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

Are you a US tax obligated person?

Adakah anda seorang yang layak dikenakan cukai mengikut kewajipan AS?

Member Ahli

Yes Ya No Tidak

Life to be Assured (II) Hayat yang Diasuranskan (II)

Yes Ya No Tidak

Life to be Assured (III) Hayat yang Diasuranskan (III)

Yes Ya No Tidak

Life to be Assured (IV) Hayat yang Diasuranskan (IV)

Yes Ya No Tidak

Life to be Assured (V) Hayat yang Diasuranskan (V)

Yes Ya No Tidak

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

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

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

Signature of Member
Tandatangan Ahli

Name of Member
Nama Ahli

Signature of Life to be Assured (II)
Tandatangan Hayat yang Diasuranskan (II)
(Signature is required for child age 10 and above)
(Tandatangan diperlukan untuk anak berumur 10 tahun dan ke atas)

Name of Life to be Assured (II)
Nama Hayat yang Diasuranskan (II)

Signature of Life to be Assured (III)
Tandatangan Hayat yang Diasuranskan (III)
(Signature is required for child age 10 and above)
(Tandatangan diperlukan untuk anak berumur 10 tahun dan ke atas)

Name of Life to be Assured (III)
Nama Hayat yang Diasuranskan (III)

Signature of Life to be Assured (IV)
Tandatangan Hayat yang Diasuranskan (IV)
(Signature is required for child age 10 and above)
(Tandatangan diperlukan untuk anak berumur 10 tahun dan ke atas)

Name of Life to be Assured (IV)
Nama Hayat yang Diasuranskan (IV)

Signature of Life to be Assured (V)
Tandatangan Hayat yang Diasuranskan (V)
(Signature is required for child age 10 and above)
(Tandatangan diperlukan untuk anak berumur 10 tahun dan ke atas)

Name of Life to be Assured (V)
Nama Hayat yang Diasuranskan (V)

Signature of Witness***
Tandatangan Saksi

Name of Witness (Block Letters)
Nama Saksi (Huruf Besar)

NRIC No.
No. Kad Pengenalan

□□ / □□ / 20□□

Date *Tarikh*

***** Statement of Witness *Kenyataan Saksi***

I hereby witness and certify that the above signature(s) was made in my presence and that to my own personal knowledge it is the signature(s) of the Life to be Assured/Member.

Saya dengan ini menyaksikan dan mengesahkan bahawa tandatangan yang berikutnya adalah dibuat di hadapan saya dan setakat yang saya ketahui tandatangan tersebut adalah tandatangan Hayat yang Diasuranskan/Ahli.