HEALTH WARRANTY
WARANTI KESIHATAN (PSF07)

Great Eastern
A member of the OCBC Group

IMPORTANT NOTICE:

<u>In relation to insurance contracts wholly unrelated to your trade, business or profession</u>

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 application form, you are also required to take reasonable care to disclose to us fully and accurately any 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.

<u>In relation to insurance contracts related to your trade, business or profession</u>

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 application form and any other questions asked by the insurer. 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 should be disclosed. The entire pre-printed text of this application 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.

NOTIS PENTING:

<u>Berkenaan kontrak insurans yang tidak berkaitan sepenuhnya dengan perdagangan, perniagaan atau kerjaya anda</u>

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 serta terma dan syarat yang 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 permohonan, anda juga perlu mengambil langkah munasabah untuk mendedahkan sebarang perkara dengan lengkap dan tepat termasuk perkara-perkara lain yang anda ketahui sebagai relevan terhadap keputusan syarikat insurans sama ada mahu menerima risiko ataupun tidak dan kadar serta syarat yang akan dikenakan.

<u>Berkenaan kontrak insurans yang berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau kerjaya anda</u>

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

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

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

Policy No. *No. Polisi* ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Policy Lapsed on *Polisi Luput pada* ____________

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.

I. PERSONAL DETAILS *I. BUTIR-BUTIR PERIBADI*	**SECTION A: PARTICULARS OF LIFE ASSURED** *SEKSYEN A: BUTIR-BUTIR HAYAT YANG DIASURANSKAN*	**SECTION B: PARTICULARS OF ASSURED (IF DIFFERENT FROM LIFE ASSURED)** *SEKSYEN B: BUTIR-BUTIR ASURED (JIKA LAIN DARI HAYAT YANG DIASURANSKAN)*
1. Title *Gelaran*	☐ Mr *Encik* ☐ Madam *Puan* ☐ Miss *Cik* ☐ Others *Lain-lain* ______	☐ Mr *Encik* ☐ Madam *Puan* ☐ Miss *Cik* ☐ Others *Lain-lain* ______
2. Full Name (as shown on NRIC) *Nama Penuh (seperti di dalam Kad Pengenalan)*		
3. New NRIC No. *No. Kad Pengenalan Baru*	☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐
BirthCertificate/Passport /ROC No *No. Sijil Kelahiran/Pasport/ROC*		
4. Occupation / Self-employed Details *Butiran Pekerjaan / Bekerja Sendiri*		
(a) Occupation *Pekerjaan*		
(b) Exact Nature of Work *Jenis Kerja Sebenar*		

CSD-PSF07-V09-052017

Policy No. *No. Polisi* ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

I. PERSONAL DETAILS *I. BUTIR-BUTIR PERIBADI*	SECTION A: PARTICULARS OF LIFE ASSURED *SEKSYEN A: BUTIR-BUTIR HAYAT YANG DIASURANSKAN*	SECTION B: PARTICULARS OF ASSURED (IF DIFFERENT FROM LIFE ASSURED) *SEKSYEN B: BUTIR-BUTIR ASURED (JIKA LAIN DARI HAYAT YANG DIASURANSKAN)*
(c) Nature of Business *Jenis Perniagaan*		
5. (a) Height (cm) *Tinggi (sm)*	☐☐☐ cm *sm*	☐☐☐ cm *sm*
(b) Weight (kg) *Berat (kg)*	☐☐☐.☐ kg *kg*	☐☐☐.☐ kg *kg*
(c) Any weight gained/lost for the past 2 years? *Sebarang berat bertambah/berkurang untuk 2 tahun lepas?*	☐ Yes *Ya* ☐ No *Tidak* If "Yes", *Jika "Ya",* ☐ Gained *Tambah* ☐ Lost *Kurang* ☐☐ kg	☐ Yes *Ya* ☐ No *Tidak* If "Yes", *Jika "Ya",* ☐ Gained *Tambah* ☐ Lost *Kurang* ☐☐ kg

II. PARTICULARS OF EXISTING AND / OR CONCURRENT INSURANCE COVERAGE (e.g: Life / Accident / Dread Disease / Disability / Medical / Health Insurance) *BUTIR-BUTIR TERPERINCI PERLINDUNGAN INSURANS TERDAHULU DAN /ATAU MASA KINI (contoh: Insurans Hayat / Kemalangan / Penyakit Kritikal / Hilang Upaya / Perubatan / Kesihatan)*	Life Assured *Hayat Yang Diasuranskan* YES *YA*	NO *TIDAK*	Assured *Asured* YES *YA*	NO *TIDAK*
1. Do you have any existing insurance including those now being proposed to other companies? If "YES", please give details. *Adakah anda memiliki insurans semasa termasuk yang sedang dicadangkan kepada syarikat-syarikat lain? Jika ada, sila berikan butiran penuh.*	☐	☐	☐	☐
2. Has any proposal, reinstatement or application for renewal of insurance on your life (including those now been proposed to other companies) ever been declined, postponed, rated, restricted or in any way modified or subjected to additional terms? If " YES ", please give details. *Pernahkah sebarang permohonan atau penguatkuasaan semula atau permohonan untuk memperbaharui insurans hayat anda (termasuk yang sedang dicadangkan kepada mana-mana syarikat) pernah ditolak, ditangguhkan, dikenakan kadar, dihadkan atau diubah, atau dikenakan terma tambahan? Jika "YA", sila nyatakan butiran penuh.*	☐	☐	☐	☐
III. FAMILY & OTHER PERSONAL INFORMATION *MAKLUMAT KELUARGA & MAKLUMAT PERIBADI LAIN-LAIN*				
1. Family History:Have any of your biological parents, brothers or sisters ever suffered from heart diseases, stroke, hypertension, diabetes, kidney disease, mental disorders, cancer, hereditary, neurological or congenital disease? If "YES", please give details. *Adakah ibu/bapa atau adik beradik kandung anda menghidap sebarang penyakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, kencing manis, penyakit buah pinggang, gangguan mental, kanser, penyakit keturunan, neurologi atau penyakit kongenital? Jika ada, sila berikan butiran.*	☐	☐	☐	☐
IV. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE *BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP*				
1. Are you now in good health and free from disease or injury? *Adakah anda bebas dari sebarang jenis penyakit dan berkeadaan sihat?*	☐	☐	☐	☐
2. Have you ever smoked or use any tobacco / nicotine product (eg. Cigarettes, cigar or pipes) in the last 12 months? *Pernahkah anda merokok atau menggunakan produk tembakau / nikotin (eg. Rokok, cerut atau paip) dalam tempoh 12 bulan yang lepas?* **Life Assured** ***Hayat Yang Diasuranskan*** If "YES", *Jika "YA",* ☐☐ cigarettes / cigar per day. *batang rokok / curut sehari.* **Assured** ***Asured*** If "YES", *Jika "YA",* ☐☐ cigarettes / cigar per day. *batang rokok / curut sehari.*	☐	☐	☐	☐
3. Do you consume alcoholic drinks? If " YES ", state average weekly consumption:- *Adakah anda minum minuman beralkohol? Jika " YA ", nyatakan purata pengambilan seminggu:-* **Life Assured** ***Hayat Yang Diasuranskan*** Beer/Stout *Bir/Stout* ☐☐ small bottles *botol kecil* Wine *Wain* ☐☐ glasses *gelas* Whiskey/brandy/others *Wiski/brandi/lain-lain* ☐☐ pegs *peg* ☐ Social *Sosial* **Assured** ***Asured*** Beer/Stout *Bir/Stout* ☐☐ small bottles *botol kecil* Wine *Wain* ☐☐ glasses *gelas* Whiskey/brandy/others *Wiski/brandi/lain-lain* ☐☐ pegs *peg* ☐ Social *Sosial*	☐	☐	☐	☐

Policy No.
No. Polisi

IV. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE *BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP*	**Life Assured** *Hayat Yang Diasuranskan* YES / *YA*	NO / *TIDAK*	**Assured** *Asured* YES / *YA*	NO / *TIDAK*
4. Are you currently receiving medical treatment and / or suffering from physical impairment or infirmity or congenital abnormality? *Adakah kini anda menerima rawatan perubatan dan / atau menderita sebarang kecacatan fizikal atau kelemahan atau kongenital tidak normal?*	☐	☐	☐	☐
5. Have you ever taken or do you now take any drugs or narcotics, other than those validly prescribed by doctors, or been treated for drug habits? *Pernahkah anda mengambil atau pada masa sekarang ini mengambil sebarang dadah atau narkotik selain dari yang ditetapkan oleh doktor, atau pernah dirawat untuk tabiat dadah?*	☐	☐	☐	☐
6. Have you ever had, been diagnosed to have, been investigated, treated or advised to seek any medical or surgical treatment for any conditions listed below: *Pernahkah anda diberitahu atau sedang diberitahu, disiasat, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang perubatan atau rawatan pembedahan untuk apa-apa keadaan di bawah:* (a) Stroke, transient ischemic attack (TIA), brain hemorrhage or brain injury, epilepsy, convulsion (fits), paralysis, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, Multiple sclerosis, prolonged recurrent dizziness or headache, migraine, cerebral palsy or other disease or disorder of the brain or nervous system? *Strok, serangan iskemia sementara(TIA), pendarahan otak atau kecederaan otak, sawan tarik, sawan, lumpuh, penyakit Parkinson, penyakit Alzheimer's, Multiple Sclerosis, pening atau sakit kepala yang berulang dan berpanjangan, migrain, cerebral palsy atau lain-lain penyakit atau gangguan pada otak atau sistem saraf?*	☐	☐	☐	☐
(b) Depression, anxiety, schizophrenia, suicide attempt, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), autism, Down's syndrome, dementia, or any other mental health or psychiatric illness? *Depresi, keresahan, skizofrenia, cubaan membunuh diri, perhatian defisit gangguan hiperaktif (ADHD), autism, Sindrom Down, demensia atau lain-lain penyakit atau gangguan pada kesihatan mental atau psikiatrik?*	☐	☐	☐	☐
(c) Asthma, bronchitis, tuberculosis (TB), pneumonia, coughing of blood or any other disease or disorder of the lungs or respiratory system? *Lelah, bronkitis, batuk kering (TB), radang paru-paru, batuk berdarah atau lain-lain penyakit atau gangguan pada paru-paru atau saluran pernafasan lain?*	☐	☐	☐	☐
(d) Chest pain, angina, palpitation, irregular heartbeat, coronary artery disease (heart disease), heart attack, raised cholesterol, hypertension (high blood pressure), hypotension (low blood pressure), heart valve disorder, cardiomyopathy (enlarged heart), heart defects from birth or heart surgery, deep vein thrombosis, varicose veins or any other disease or disorder of the heart or vascular system? *Sakit dada, angina, ketaran jantung, degupan jantung yang tidak teratur, penyakit arteri koronari (penyakit jantung), serangan jantung, kolestrol tinggi, tekanan darah tinggi, tekanan darah rendah, gangguan injap jantung, cardiomyopathy (jantung membesar), kecacatan jantung dari lahir atau pembedahan, trombosis vena dalam, vena varikos atau lain-lain penyakit atau gangguan pada jantung atau sistem vaskular?*	☐	☐	☐	☐
(e) Diabetes, abnormal blood sugar, thyroid disease, goiter, thalassemia, anaemia, haemophilia or other disease or disorder of the endocrine glands, blood, chromosomal abnormality or hereditary disease? *Kencing manis, gula darah yang tidak normal, penyakit tiriod, goiter, talasemia, anemia, hemophilia atau lain-lain penyakit atau gangguan pada sistem endokrin, darah, kromosom yang tidak normal atau penyakit keturunan?*	☐	☐	☐	☐
(f) Gastritis, gastric or duodenal ulcer, gastro-oesophageal reflux disease (GERD), colitis, Crohn's disease, hernia, fistula, piles, blood in stool, vomiting blood or other disease or disorder of the digestive system or gastrointestinal tract? *Gastrik, ulser gastrik atau duodenum, penyakit refluks gastroesophageal, colitis, penyakit Crohn's, hernia, fistula, buasir, darah dalam najis, muntah berdarah atau lain-lain penyakit atau gangguan pada saluran penghadaman atau saluran gastrousus?*	☐	☐	☐	☐
(g) Jaundice, Hepatitis B or C, gall bladder or biliary system stone or obstruction, pancreatitis or other disease or disorder of the liver, gall bladder, biliary system or pancreas? *Jaundis, Hepatitis B atau C, batu atau tersumbat pada pundi hempedu atau sistem biliari, jangkitan pada pankreas atau lain-lain penyakit atau gangguan pada hati, pundi hempedu, biliari sistem atau pankreas?*	☐	☐	☐	☐
(h) Kidney or urinary system stones, kidney infection, polycystic kidneys, protein or blood in urine or any disease or disorder of the kidney, ureter, bladder, urethra, prostate or genital organs? *Batu karang pada buah pinggang atau sistem kencing, jangkitan buah pinggang, buah pinggang polisistik, protein atau darah dalam air kencing atau lain-lain penyakit atau gangguan pada buah pinggang, ureter, pundi kencing , uretra, prostat atau organ kemaluan?*	☐	☐	☐	☐
(i) Cancer, tumour, cyst, lump, growth, lymphoma, leukaemia, melanoma, Hodgkin's disease, bone marrow disorders, any malignant or pre-malignant condition? *Kanser, tumor, sista, benjolan, ketumbuhan, limfoma, leukemia, melanoma, penyakit Hodgkin, gangguan sumsum tulang, pra-kanser atau kanser?*	☐	☐	☐	☐
(j) Blindness, cataract, glaucoma, impaired sight (excluding long sighted and short sighted), impaired hearing or speech, deafness, tonsillitis, deviated nasal septum, chronic rhinitis, sinusitis, nose bleed, sleep apnoea or other disease or disorder of the eyes, ears, throat, mouth or nose? *Buta, katarak, glaukoma, penglihatan terjejas (tidak termasuk rabun jauh dan dekat), pendengaran atau percakapan terjejas, pekak, jangkitan tonsil, septum hidung menyimpang, kronik rinitis, resdung, hidung berdarah, tidur apnea atau lain-lain penyakit atau gangguan pada mata, telinga, tekak, mulut atau hidung?*	☐	☐	☐	☐

Policy No. *No. Polisi* | | | | | | | | | | |

IV. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE *BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP*	**Life Assured** *Hayat Yang Diasuranskan* **YES** *YA*	**NO** *TIDAK*	**Assured** *Asured* **YES** *YA*	**NO** *TIDAK*
(k) Backache, slipped disc, spondylosis, arthritis, rheumatoid arthritis, systemic lupus erythomatosus (SLE), osteoporosis, gout, psoriasis, chronic skin disease or other disease or disorder of the immune system, connective tissue, spine, muscle, bone or joint? *Sakit belakang, cakera tergelincir, spondylosis, artiritis, artiritis rheumatoid, lupus eritematosus sistemik (SLE), osteoporosis, gout, kulit bersisik, penyakit kulit kronik atau lain-lain penyakit atau gangguan pada system imun, tisu penghubung, spina, otot, tulang atau sendi?*	☐	☐	☐	☐
(l) Syphilis, gonorrhea, venereal disease, Human Papilloma Virus (HPV) infection or any other sexually transmitted disease? *Sifilis, gonorea, penyakit kelamin, jangkitan Virus Papilloma Manusia (HPV) atau mana-mana penyakit kelamin berjangkit?*	☐	☐	☐	☐
(m) Any other illness, disease, disorder, disability, accident or hospitalization or any surgical operation or observation or treatment not of a routine nature that has not been mentioned above? *Sebarang penyakit lain, gangguan, hilang upaya, kemalangan atau dimasukkan ke hospital atau sebarang pembedahan atau pemerhatian atau rawatan yang bukan menjadi rutin kebiasaan yang tidak disebutkan di atas?*	☐	☐	☐	☐
7. (a) Have you or your spouse or partner ever been tested for or received medical advice, counseling or treatment in connection with AIDS or infection with any Human Immunodeficiency Virus (HIV)? *Pernahkah anda atau suami/isteri anda atau pasangan anda diuji atau menerima nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan AIDS atau dijangkiti mana-mana Virus Kurang Daya Tahan Penyakit (HIV)?*	☐	☐	☐	☐
(b) Is there anything in your lifestyle that puts you at an increased risk of AIDS or any AIDS related condition? *Adakah apa-apa dalam gaya hidup anda yang menambahkan risiko anda dijangkiti AIDS atau keadaan yang berkaitan dengan AIDS?*	☐	☐	☐	☐
(c) Have you or your spouse or partner in the past three months, suffered from any of the following for a continuous period of more than one week:- fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? *Pernahkah anda atau suami/isteri anda atau pasangan anda mengalami keletihan, kehilangan berat badan, cirit-birit, nodus limpa membesar atau lesi kulit luar biasa secara berterusan selama lebih dari satu minggu dalam tempoh tiga bulan yang lepas?*	☐	☐	☐	☐
(d) Have you ever resided for more than one continuous month in any country other than Malaysia for the past 1 year or do you intend to reside outside Malaysia for purposes other than brief holiday trips in the next 3 months? If "YES", please state name of country and purpose of residence below. *Pernahkah anda tinggal secara berterusan untuk lebih dari satu bulan di mana-mana negara lain selain dari Malaysia untuk setahun yang lepas atau adakah anda bercadang untuk tinggal di luar Malaysia bagi tujuan selain daripada melancong dalam tempoh 3 bulan terdekat? Jika "YA", sila nyatakan negara dan tujuan anda tinggal di negara tersebut.*	☐	☐	☐	☐
8. Have you ever engaged or do you contemplate to engage in any of the following pursuits: Aviation, parachuting, motor sports, diving, mountaineering, or any other dangerous sports? If "YES", please give full details. *Adakah anda pernah terlibat atau adakah anda berhajat mengambil bahagian dalam mana-mana kegiatan yang berikut: Penerbangan, payung terjun, sukan motor, menyelam, mendaki gunung, atau mana-mana sukan berbahaya lain? Jika "YA", sila beri butiran penuh.*	☐	☐	☐	☐
9. In the past 5 years, have you ever had or been advised or intend to undergo any investigation or screening test including but not limited to blood or urine test, pap smear, mammogram, ultrasound, biopsy, X-ray, CT scan, MRI, ECG, treadmill ECG, echocardiogram, lung function test, bone density test, angiogram, scope, EEG, Sleep study? *Sepanjang 5 tahun lepas, pernahkah anda menjalani pemeriksaan atau pemeriksaan diagnostik termasuk tapi tidak terhad kepada ujian darah dan air kencing, pap smear, mamogram, ujian bunyi, biopsy, x-ray, CT scan, MRI, ECG, treadmill ECG, ekokardiogram, ujian fungsi paru-paru, ujian kepadatan tulang, angiogram, skop, EEG, kajian tidur?*	☐	☐	☐	☐
10. Are there any other circumstances not already disclosed elsewhere in this application form that would render an assurance on your life more hazardous? If you are in doubt on whether certain circumstances are more hazardous, these circumstances should be disclosed. *Adakah terdapat mana-mana keadaan lain di mana telah tidak diberitahu di dalam borang permohonan ini yang boleh menyebabkan asurans ke atas diri anda melebihi bahaya yang luar biasa? Jika anda sangsi sama ada sesuatu keadaan itu lebih bahaya dari biasa, keadaan tersebut hendaklah dikemukakan.*	☐	☐	☐	☐
11. Are you presently a bankrupt? *Adakah anda kini seorang bankrap?*	☐	☐	☐	☐
12. **FOR FEMALE ONLY** ***UNTUK WANITA SAHAJA*** (a) Are you now pregnant? *Adakah anda hamil sekarang?* If "YES", please state how many months pregnant. *Jika "YA", sila nyatakan berapa bulan mengandung.* ☐ months *bulan*	☐	☐	☐	☐
(b) Have you ever had any complications in current or previous pregnancies or childbirth? *Pernahkah anda mengalami sebarang komplikasi semasa hamil atau kelahiran anak dahulu?*	☐	☐	☐	☐
(c) Have you ever been or currently being informed, investigated, treated or advised to seek any medical or surgical treatment for breast lumps, fibroids, ovarian cysts, polycystic ovarian syndrome, endometriosis, cervicitis, abnormal papsmear(s), or any other disease or disorder of the breast or female organs? *Pernahkah anda diberitahu atau sedang diberitahu, disiasat, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang perubatan atau rawatan pembedahan untuk ketulan payudara, fibroid, sista ovari, sindrom polisistik ovari, endometriosis, cervicitis, papsmear tidak normal atau penyakit atau gangguan pada buah dada atau organ wanita?*	☐	☐	☐	☐

Policy No. *No. Polisi* | | | | | | | | | | |

IV. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE *BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP*

	Life Assured *Hayat Yang Diasuranskan* YES *YA* / NO *TIDAK*	Assured *Asured* YES *YA* / NO *TIDAK*
13. **FOR CHILD (Up to 2 years old) ONLY** *UNTUK ANAK (Sehingga umur 2 tahun) SAHAJA* (a) Was the child born premature / less than 37 weeks of gestation? *Adakah anak dilahirkan pramatang / kurang daripada 37 minggu?* If "YES", please state gestational period: ☐☐ weeks and birth weight ☐☐ kg *Jika "YA", sila nyatakan tempoh kehamilan: minggu dan berat semasa lahir kg*	☐ ☐	☐ ☐
(b) Has the child ever been or is the child currently being investigated or treated for, or have you been informed or advised to seek medical or surgical treatment for any complications at birth or in the first 30 days of life, prolonged neonatal jaundice requiring hospitalization, infection, breathing difficulty or lung disorder, G6PD deficiency, abnormal thyroid blood test, blood abnormalities, fits, congenital disorder or birth defects or developmental abnormalities, physical or mental impairment, hearing, eye-sight or speech impairment? *Adakah anak anda pernah atau sedang diperiksa atau dirawat atau anda dimaklumkan atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang rawatan perubatan atau pembedahan bagi sebarang komplikasi ketika lahir atau dalam masa 30 hari pertama selepas lahir, jaundis neonatal berterusan yang memerlukan kemasukan hospital, jangkitan, kesukaran bernafas atau gangguan paru-paru, kekurangan G6PD, ujian darah tiroid abnormal, darah abnormal, sawan, masalah kongenital atau kecacatan sejak lahir atau perkembangan abnormal, kerosakan fizikal atau mental, kerosakan pendengaran, penglihatan atau percakapan?*	☐ ☐	☐ ☐

If any of the above answer(s) is / are "YES", please indicate the Question No. and provide full relevant details of the same:
Sekiranya sebarang jawapan di atas adalah "YA", sila nyatakan No. Soalan dan beri butiran:

____

____

V. DATA PROTECTION NOTICE *NOTIS PERLINDUNGAN DATA*

By submitting this form, you are providing personal information to the Company.
Dengan menghantar borang ini, anda 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 serta data selanjutnya yang mungkin diperlukan Syarikat sama ada daripada anda atau 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 mahupun diproses sebaliknya oleh Syarikat atau bagi pihak Syarikat (dan penggantinya) bagi tujuan berikut:

(a) to carry on insurance business;
untuk meneruskan perniagaan insurans;

(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 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 greateasternlife.com);

(c) research and audit including but not limited to historical and statistical purposes;
penyelidikan dan audit yang termasuk serta tidak terhad bagi 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;
untuk memastikan sejarah tuntutan anda bagi memperbaiki pemprosesan tuntutan dan mengelakkan tuntutan palsu;

(f) to exercise any right of subrogation;
untuk menjalankan sebarang hak subrogasi;

(g) to match any data held by the Company relating to you from time to time;
untuk memadankan sebarang data berkaitan anda yang dipegang oleh Syarikat 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 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 penggunanya (untuk maklumat lanjut, sila layari greateasternlife.com).

Policy No.
No. Polisi

V. DATA PROTECTION NOTICE *NOTIS PERLINDUNGAN DATA*

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 bersetuju dan membenarkan Syarikat untuk memperoleh dan mengesahkan sebarang maklumat berkenaan anda daripada anda atau mana-mana pihak ketiga yang mungkin diperlukan Syarikat berhubung dengan permohonan anda untuk sebarang produk atau perkhidmatan insurans Syarikat. Persetujuan dan kebenaran di dalam ini akan melibatkan sebarang maklumat yang diperoleh daripada mana-mana polisi (polisi-polisi) insurans yang disediakan untuk anda pada masa kini, sebarang permohonan baru kepada Syarikat untuk insurans, sejarah rekod kewangan atau kredit, data atau maklumat sama ada disediakan secara peribadi ataupun 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 beri kepada Syarikat adalah penting. Jika anda tidak menyediakan maklumat tersebut kepada Syarikat, Syarikat mungkin tidak dapat memberi perlindungan insurans atau memberi maklum balas ke atas sebarang tuntutan.

The Company may disclose and/or provide your personal information to the following parties for the purposes stated above:
Syarikat mungkin mendedahkan dan/atau memberi maklumat peribadi anda kepada pihak berikut untuk tujuan di atas:

(a) the Company's authorised representatives;
wakil yang dibenarkan Syarikat;

(b) in relation to third party policies, the policyowner;
pemegang polisi bagi polisi pihak ketiga;

(c) in relation to group policies, the policyholder and/or its brokers;
pemegang polisi dan/atau brokernya bagi polisi kumpulan;

(d) 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;
penyedia perkhidmatan pihak ketiga (yang terlibat dalam pentadbiran, telekomunikasi, komputer, pembayaran, pemprosesan atau penyimpanan data atau perkhidmatan lain untuk Syarikat serta berkaitan dengan operasi perniagaan kami) bagi memenuhi tanggungjawab Syarikat kepada anda;

(e) insurance carriers, third-party claims adjusters, fraud detection and prevention services, reinsurance companies and insurance industry regulatory authorities;
penyedia insurans, pelaras tuntutan pihak ketiga, perkhidmatan mengesan dan mencegah penipuan, syarikat insurans semula dan pihak berkuasa bagi pengawalan industri;

(f) 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 pengutipan hutang;

(g) 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 pengkadaran insurans yang mengumpul maklumat berkenaan sejarah kredit, kesilapan tanpa sengaja, huraian kecederaan dan amaun yang dibayar serta berkongsi maklumat tersebut dengan syarikat insurans lain dan pihak lain yang layak melihatnya;

(h) 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 berperanan untuk menjaga kerahsiaan dan telah berjanji untuk menyimpan rahsia data tersebut, seperti diamanahkan oleh Syarikat untuk memenuhi tanggungjawabnya kepada anda;

(i) any actual or proposed assignee, transferee, participant or sub-participant of the Company's rights or business;
mana-mana penama, penerima pindahan, peserta atau peserta sebahagian yang sebenar atau dicadangkan, yang berhak ke atas Syarikat atau perniagaannya;

(j) 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 yang mana Syarikat bertanggungjawab untuk membuat pendedahan mengikut keperluan sebarang undang-undang, aturan, peraturan, kod amalan atau garis panduan yang mengikat ke atas Syarikat termasuk dan tidak terhad kepada mana-mana pengawal atur, badan kerajaan atau badan berkenaan yang diiktiraf industri seperti Persatuan Insurans Hayat Malaysia dan apabila diperlukan undang-undang; dan

(k) 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 dalam kumpulan Syarikat (untuk maklumat, sila layari www.greateasternlife.com) termasuk syarikat 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 at any time by calling Customer Service Care at 1 300 -1 300 88 or visiting the eConnect Portal at https://econnect.lifeisgreat.com.my. 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 Customer Service Careline at 1 300 -1 300 88 or 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 Careline di 1 300 -1 300 88 atau melayari eConnect Portal di https://econnect.lifeisgreat.com.my. Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan atau aduan (seperti menghadkan pemprosesan sesetengah maklumat, termasuk menarik balik kebenaran untuk menerima maklumat pemasaran), anda boleh menghubungi talian Customer Service Care di 1 300 - 1 300 88 atau Pegawai Kerahsiaan kami di +603 4813 3796 atau menulis kepada Syarikat.

Policy No.
No. Polisi

V. DATA PROTECTION NOTICE *NOTIS PERLINDUNGAN DATA*

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 mungkin mengenakan bayaran yang berpatutan untuk melakukan capaian. Jika anda boleh menunjukkan bahawa maklumat peribadi yang dipegang Syarikat adalah tidak tepat, tidak lengkap dan tidak dikemas kini, Syarikat akan mengambil langkah munasabah untuk memastikan maklumat adalah tepat, lengkap dan dikemas kini setelah menerima pengesahan/maklum balas 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 Sales Agent/the FAR/Authorized Representative for a copy .
Untuk maklumat lanjut bagaimana Syarikat menggunakan maklumat peribadi anda, sila layari www.greateasternlife.com dan baca Piagam Pelanggan Syarikat dan Polisi Privasi atau hubungi Ejen Jualan/Penasihat Kewangan/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 perniagaan, 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.

VI. COMMON REPORTING STANDARD (CRS):
PIAWAIAN LAPORAN BERSAMA (CRS) :

The Company is required to collect information regarding the tax residency status of each Account Holder in order to comply with the Income Tax Act 1967 and the Income Tax (Automatic Exchange of Financial Account Information) Rules 2016 ("collectively referred to as Malaysian Laws on International Tax Compliance"). The Malaysian Laws on International Tax Compliance implement the standard for automatic exchange of financial account information in tax matters, commonly known as Common Reporting Standard ("CRS"), developed by the Organisation for Economic Co-operation and Development ("OECD").
Syarikat hendaklah mengumpul maklumat berkaitan status pemastautin bercukai bagi setiap Pemegang Akaun bagi mematuhi Akta Cukai Pendapatan 1967 dan Kaedah-Kaedah Cukai Pendapatan (Pertukaran Automatik Maklumat Akaun Kewangan) 2016 ("secara kolektif dirujuk sebagai Undang-undang Malaysia ke atas Pematuhan Cukai Antarabangsa"). Undang-undang Malaysia ke atas Pematuhan Cukai Antarabangsa melaksanakan piawaian bagi pertukaran automatik maklumat akaun kewangan berkaitan cukai, yang dikenali sebagai Piawaian Laporan Bersama ("CRS"), yang dibangunkan Pertubuhan Kerjasama Ekonomi dan Pembangunan ("OECD").

Pursuant to the Malaysian Laws on International Tax Compliance, the Company may be legally obliged to share the information provided by an Account Holder and other financial information with respect to the financial accounts of an Account Holder with the Inland Revenue Board of Malaysia ("IRBM"). IRBM may exchange such information with the tax authorities of another jurisdiction or jurisdictions in which the Account Holder may be tax resident pursuant to an intergovernmental agreement to exchange financial account information.
Berdasarkan Undang-undang Malaysia ke atas Pematuhan Cukai Antarabangsa, Syarikat mungkin mempunyai kewajipan dari segi undang-undang untuk berkongsi maklumat yang disediakan seseorang Pemegang Akaun dengan Lembaga Hasil Dalam Negeri Malaysia ("LHDN"). LHDN mungkin membuat pertukaran maklumat tersebut dengan pihak berkuasa percukaian daripada bidang kuasa lain atau bidang kuasa yang mana Pemegang Akaun mungkin merupakan pemastautin bercukai berdasarkan perjanjian antara kerajaan untuk bertukar maklumat akaun kewangan.

Each jurisdiction has its own rules for defining tax residence. If you have any questions on how to determine your tax residency status, you should consult your tax adviser or information could be obtained at the OECD automatic exchange of information portal [http://www.oecd.org/tax/transparency/automaticexchangeof information.htm]. The Company will not be in a position to provide assistance beyond the information set out herein.
Setiap bidang kuasa mempunyai peraturan tersendiri untuk menentukan pemastautin bercukai. Jika anda mempunyai sebarang soalan untuk menentukan status pemastautin bercukai, anda hendaklah berunding dengan penasihat cukai anda atau maklumat berkaitan boleh didapati daripada portal maklumat pertukaran automatik OECD di [http://www.oecd.org/tax/transparency/automaticexchangeof information.htm]. Syarikat tidak mempunyai kedudukan untuk memberi bantuan selain daripada maklumat yang terkandung dalam borang ini.

Note: In the case of a Cash Value Insurance Contract or an Annuity Contract, the Account Holder is any person entitled to access the Cash Value or change the beneficiary of the contract. If no person can access the Cash Value or change the beneficiary, the Account Holder is any person named as the owner in the contract and any person with a vested entitlement to payment under the terms of the contract. Upon the maturity of a Cash Value Insurance Contract or an Annuity Contract, each person entitled to receive a payment under the contract is treated as an Account Holder.
Nota: Bagi Kontrak Insurans Nilai Tunai atau Kontrak Anuiti, Pemegang Akaun adalah mana-mana individu yang berhak mendapat Nilai Tunai atau menukar benefisiari dalam kontrak. Jika tiada individu yang berhak ke atas Nilai Tunai atau menukar benefisiari, Pemegang Akaun adalah individu yang dinamakan sebagai pemilik dalam kontrak dan mana-mana individu dengan kelayakan yang diletak hak ke atas pembayaran mengikut terma kontrak. Apabila Kontrak Insurans Nilai Tunai atau Kontrak Anuiti telah matang, setiap individu yang layak untuk menerima pembayaran di bawah kontrak dianggap sebagai Pemegang Akaun.

Policy No.
No. Polisi

VI. COMMON REPORTING STANDARD (CRS):
PIAWAIAN LAPORAN BERSAMA (CRS) :

Common Reporting Standard (CRS) Declaration:
Pengisytiharan Piawaian Laporan Bersama (CRS):

I certify that I am the Account Holder (or I am authorised to sign for the Account Holder) in respect of all the accounts to which this form relates.
Saya mengesahkan bahawa saya adalah Pemegang Akaun (atau saya diberi kuasa untuk menurunkan tandatangan bagi pihak Pemegang Akaun) bagi semua akaun yang berkaitan dengan borang ini.

I acknowledge that the information contained in this form, including information regarding the Account Holder and any reportable account(s) may be reported to IRBM and exchanged with the tax authorities of another country or countries in which the Account Holder may be tax resident, pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.
Saya mengakui bahawa maklumat yang terkandung dalam borang ini, termasuk maklumat berkenaan Pemegang Akaun dan mana-mana akaun yang boleh dilaporkan, mungkin akan dilaporkan kepada LHDN dan dikongsi dengan pihak berkuasa cukai negara lain atau negara-negara yang mana Pemegang Akaun merupakan pemastautin bercukai, menurut perjanjian antara kerajaan untuk bertukar maklumat akaun kewangan.

I declare that all statements made in this form are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete. I undertake to inform the company within 30 days if there is a change in circumstances that affects the tax residency status of the Account Holder or causes the information in this form to be incorrect or incomplete. I shall provide the Company with an updated self-certification form within 90 days of such change in circumstances.
Saya mengaku bahawa semua kenyataan dalam borang ini adalah benar dan lengkap mengikut pengetahuan dan kepercayaan saya. Saya berjanji untuk memaklumkan Syarikat dalam tempoh 30 hari jika terdapat sebarang perubahan keadaan yang memberi kesan terhadap status pemastautin bercukai bagi Pemegang Akaun atau menyebabkan maklumat yang terkandung dalam ini menjadi yang tidak benar atau tidak lengkap. Saya akan menyediakan Syarikat dengan borang pengakuan sendiri yang dikemas kini dalam tempoh 90 hari kepada Syarikat selepas pertukaran tersebut.

I understand that any person who provides any incorrect information required to be provided under the Malaysian laws on International Tax Compliance shall (unless he can show that he provided such incorrect information in good faith) be guilty of an offence and is punishable with a fine not less than RM20,000 and not exceeding RM100,000 or imprisonment for up to six (6) months or to both.
Saya memahami bahawa mana-mana individu yang menyediakan sebarang maklumat yang tidak benar seperti diperlukan mengikut Undang-undang Malaysia ke atas Pematuhan Cukai Antarabangsa (melainkan dapat dibuktikan bahawa maklumat yang tidak benar tersebut diperoleh secara jujur) adalah melakukan kesalahan yang boleh dikenakan denda tidak kurang daripada RM20,000 dan tidak melebihi RM100,000 atau dipenjarakan sehingga enam (6) bulan atau kedua-duanya.

I agree to complete and sign such documents and do such things for purposes reasonably required by the Company to evaluate my proposal and to provide the products or services which I am applying for.
Saya bersetuju untuk melengkapkan dan menandatangani dokumen tersebut serta melakukannya bagi tujuan yang wajar seperti diperlukan Syarikat untuk menilai cadangan saya dan menyediakan produk atau perkhidmatan yang saya pohon.

Are you currently a tax resident outside Malaysia?
Adakah anda seorang pembayar cukai di luar Malaysia?

Note : Only be applicable to be filled if the policy is subjected to OECD Common Reporting Standard.
Nota : Hanya perlu diisi sekiranya polisi tertakluk pada Piawaian Laporan Bersama Pertubuhan Kerjasama Ekonomi dan Pembangunan (“ OECD “).

Assured ***Asured***

☐ No, I am currently solely a tax resident in Malaysia and do not have any foreign tax residency.
Tidak, saya adalah pemastautin yang dikenakan cukai di Malaysia sahaja dan tidak mempunyai sebarang cukai pemastautin luar negara.

☐ Yes, I am currently a tax resident in the following list of countries/jurisdictions (please include Malaysia if applicable):
(please fill the Foreign Tax Residency Self-Certification Form)
Ya, saya adalah pemastautin yang dikenakan cukai di negara-negara berikut (sila nyatakan Malaysia jika berkenaan):
(sila isikan Borang Penyataan Pengisytiharan Cukai Pemastatutin Luar Negara)

VII. DECLARATION BY THE LIFE ASSURED / ASSURED
PENGISYTIHARAN OLEH HAYAT YANG DIANSURANSKAN / ASURED

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 policy issued pursuant to this application form.
Saya 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 application form together with any other documents or questionnaires submitted in connection with this application form and the proposal form for the policy 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 application or not and the rates and terms to be applied. The Company may terminate or void the policy (if reinstated), 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 permohonan ini beserta sebarang dokumen lain atau borang soal selidik yang dihantar berkaitan dengan borang permohonan ini dan borang cadangan untuk polisi ini dan semua kenyataan serta jawapan yang diberi kepada pemeriksa perubatan Syarikat, adalah lengkap dan tepat ("Maklumat") dan saya faham bahawa Maklumat yang saya beri adalah relevan kepada Syarikat bagi menentukan sama ada permohonan saya diterima atau tidak serta kadar dan syarat yang akan dikenakan. Syarikat boleh membatalkan kontrak polisi (jika dikembalikan), 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 understand that any change in the state of health and circumstances of the Life Assured and the Assured between the date of this application form and completion of this policy contract, must be communicated in writing to the Company.
Saya faham bahawa sebarang perubahan di dalam kesihatan dan keadaan Hayat yang Diasuranskan dan Asured di antara tarikh borang permohonan dan kelengkapan kontrak polisi, mestilah dibuat secara bertulis kepada Syarikat.

Policy No.
No. Polisi

VII. DECLARATION BY THE LIFE ASSURED / ASSURED
PENGISYTIHARAN OLEH HAYAT YANG DIANSURANSKAN / ASURED

3. I understand and agree that payment of premium before acceptance of this application by the Company does not commit the Company to approve my application and that the reinstatement of policy shall not take effect, and no cover whatsoever shall be provided unless and until this application has been fully accepted and the full amount of premiums due to the Company has been paid, and a notification of reinstatement is issued by the Company, while the Life Assured is in good health.
Saya memahami dan bersetuju bahawa pembayaran premium sebelum penerimaan borang permohonan ini oleh Syarikat tidak akan membenarkan permohonan saya berkuatkuasa melainkan, selepas borang permohonan ini diterima sepenuhnya dan premium penuh telah dibayar, berserta surat pengesahan pengembalian semula polisi telah dikeluarkan oleh pihak Syarikat, semasa Hayat yang diasuranskan berkeadaan sihat.

4. I understand and agree to the following further terms and conditions for reinstatement of policy:
Saya memahami dan bersetuju dengan terma-terma dan syarat-syarat berikut untuk pengembalian semula polisi:

(a) No reinstatement will be allowed for:
Pengembalian semula tidak dibenarkan untuk:

(i) Any policy which has lapsed for a period of more than 3 years for Whole Life and Endowment policies, and 12 months for Term policies and Medical policies/riders.
Polisi yang telah luput lebih dari 3 tahun untuk polisi Seumur Hidup dan Endowmen, dan 12 bulan untuk polisi Asurans Bertempoh dan polisi/rider kesihatan.

(ii) A female Life Assured/Assured who is pregnant 8 months and above.
Hayat yang Diasuranskan/Asured wanita yang hamil 8 bulan dan ke atas.

(iii) Life Assured/Assured aged 60 next birthday and above, subject to the Company's sole and absolute discretion to consider each application on a case-to-case basis.
Hayat yang Diasuranskan/Asured yang mencapai umur 60 tahun dan ke atas pada hari jadi akan datang, tertakluk kepada budi bicara pihak Syarikat tetapi ia boleh dipertimbangkan mengikut kes-kes tertentu.

(b) in the event that my application is approved and my policy is reinstated, the effective date of the (i) suicide provisions, and (ii) the Waiting Period, stipulated in the policy or riders to the same, shall commence from the date of such reinstatement.
bilamana permohonan telah dipersetujui dan polisi dikuatkuasakan semula, tarikh berkuat kuasa bagi peruntukan (i) Tidak Boleh Dipertikaikan dan Bunuh Diri yang terkandung dalam Hak Istimewa dah Syarat polisi ini dan (ii) Tempoh Menunggu yang dinyatakan dalam polisi atau rider, akan bermula dari tarikh polisi dikuatkuasakan semula oleh Syarikat.

5. I hereby authorise any doctor, medical practitioner, physician, hospital, laboratory, surgeon, nurse, medical staff, clinic, insurance company, organisation or institution, that has any records or knowledge of me or my health, to disclose to the Company or its representative any information about me, my health, medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment, and I authorise 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 authorisation shall be effective and valid as the original.
Dengan ini saya 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 atau kesihatan saya, untuk mendedahkan sebarang maklumat kepada Syarikat atau wakilnya berkenaan saya, kesihatan saya, sejarah perubatan dan sebarang kemasukan hospital, nasihat, rawatan, penyakit atau sakit, dan saya membenarkan Syarikat dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan sebarang maklumat kepada mana-mana pihak bagi memproses permohonan ini dan untuk tujuan pentadbiran, analisis atau memproses tuntutan. Salinan fotostat pengesahan ini adalah berkuat kuasa dan sah seperti asal.

6. I 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 ingin menerima berita dan maklumat terkini berkenaan syarikat, produk, perkhidmatan, promosi,perihal kebajikan atau maklumat pemasaran lain dari pihak ketiga yang releven dengan Syarikat.

☐ Please tick if applicable
Sila tandakan yang berkenaan

7. I have fully read and understood all the contents of, and the warnings and advice contained in this application form.
Saya telah membaca dengan sepenuhnya dan memahami segala kandungan, dan amaran dan nasihat yang terkandung di dalam borang permohonan ini.

8. I have fully read and understood the Data Protection Notice above and I agree that the Company may process the personal information in the manner set out in the said Notice.
Saya telah membaca dan memahami sepenuhnya Notis Perlindungan Data di atas dan saya bersetuju bahawa Syarikat boleh memproses maklumat peribadi dengan cara yang dinyatakan dalam Notis di atas.

Dated at ______________________ ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
Ditandatangani di Day *Hari* Month *Bulan* Year *Tahun*

Policy No. *No. Polisi* ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

VII. DECLARATION BY THE LIFE ASSURED / ASSURED
PENGISYTIHARAN OLEH HAYAT YANG DIANSURANSKAN / ASURED

I/We, the undermentioned Life Assured/Assured, acknowledge that my/our above policy has lapsed. I/We request you to reinstate the said policy hereby expressly declaring and agreeing that the reinstatement thereof shall be on the faith of and conditional upon the truth of the foregoing statements and in accordance with the terms and conditions stated in the Policy and in this application form.
Saya/Kami Hayat Yang Diasuranskan/Asured yang disebutkan, mengetahui bahawa polisi di atas telah luput. Saya/Kami memohon kepada pihak anda untuk mengembalikan semula Polisi yang disebutkan, dengan ini mengisytiharkan dan bersetuju bahawa pengembalian semula akan bergantung kepada jawapan kepada kenyataan-kenyataan berikut dan mengikut terma-terma dan syarat-syarat yang dinyatakan di dalam polisi dan borang permohonan ini.

Signature of Life Assured *Tandatangan Hayat yang Diasuranskan*	Signature of Assured *Tandatangan Asured*	Signature of Witness *Tandatangan Saksi*
Name *Nama*: ____________	Name *Nama*: ____________	Name *Nama*: ____________
NRIC No.: ____________ *No. KP*	NRIC No.: ____________ *No. KP*	NRIC No.: ____________ *No.KP*
Tel No. *No. Tel*: ____________	Tel No. *No. Tel*: ____________	Tel No. *No. Tel*: ____________

Note: Please ensure that the signatures of the Life Assured and the Assured are as per the signatures maintained in the Company's records. The signing of this form by the Life Assured and the Assured cannot be witnessed by a nominee.
Nota: Sila pastikan tandatangan Hayat yang Diasuranskan dan Asured adalah seperti di dalam rekod pihak Syarikat. Borang yang ditandatangai oleh Hayat yang Diasuranskan dan Asured tidak boleh disaksikan oleh Penama.

VIII. CHANGE OF AGENT *PENUKARAN EJEN*

Revived by *Dihidupkan semula oleh* ____________

Agent A/C No. *No. Akaun Ejen* ☐☐☐☐☐☐☐☐

Note: Please note that change of agent is only applicable for LAPSED policy more than 3 months and above ONLY.
Nota: Sila ambil perhatian bahawa perubahan agent hanya diguna pakai bagi polisi luput lebih daripada 3 bulan SAHAJA.