

PROPOSAL FOR ASSURANCE UNDER GROUP INSURANCE
CADANGAN ASURANS DI BAWAH INSURAN BERKELOMPOK



IMPORTANT NOTICE : If you do not fully and faithfully give the facts as you know them or ought to know them, the policy may be invalidated. 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 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. If the assured member's age is incorrectly stated, the insurer may adjust the policy at its sole and absolute discretion, subject always to the provisions of the Insurance Act 1996. In the event of any dispute with regards to the definition and/or interpretation of the terms and/or conditions of this proposal/supplementary form and the policy (if subsequently issued), the English Language version of the same shall at all times prevail. In group Medical Health Insurance policy effected by policyholder who has no insurable interest on your life, you must receive 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 the group policy if a certificate of insurance is not received within a reasonable period.

Agent's A/C No:
No. Akaun Ejen

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Agent's Name :
Nama Ejen

Agent's Tel. No. :
No. Tel. Ejen

NOTIS PENTING : Anda dikehendaki menyatakan sepenuhnya dan sebenar-benarnya di dalam borang ini fakta-fakta yang anda tahu atau sepatutnya tahu. Jika tidak, polisi yang dikeluarkan akan dianggap tidak sah. Anda juga perlu mengemukakan segala fakta yang anda sangsi samada fakta-fakta tersebut adalah penting untuk dikemukakan. Keseluruhan teks pra-percetakan pada borang cadangan ini adalah mengikut piawaian yang digunakan untuk tujuan permohonan insurans dengan pihak Syarikat. Sebarang pindaan atau pembatalan pada mana-mana bahagian teks tersebut memerlukan arahan khas berasingan secara bertulis daripada pemohon kepada pihak Syarikat untuk pertimbangan dan persetujuan. Anda boleh meminta untuk melihat satu salinan risalah, ilustrasi jualan berkaitan dengan produk polisi hayat dan Risalah Pemberitahuan Produk. Sila beri perhatian terhadap manfaat yang dijamin dan tidak dijamin dan juga kewajipan anda sebagai pemilik polisi kontrak ini. Bukti umur adalah diperlukan sebelum membayar manfaat di bawah polisi ini. Jika umur Hayat yang Diasuranskan salah dinyatakan, penginsurans boleh mengubah bergantung kepada budi bicara Syarikat mengikut peruntukan di dalam Akta Insurans 1996. Sekiranya wujud sebarang percanggahan dalam penggunaan definisi dan/atau terma-terma dan/atau syarat-syarat di dalam borang cadangan/tambahan ini dan polisi (jika diterbitkan), versi Bahasa Inggeris akan digunakan. Bagi polisi Insurans Perubatan Kesihatan Berkelompok yang dibuat oleh pemegang polisi yang tidak mempunyai kepentingan insurans di atas hayat anda, anda mestilah menerima sijil insurans secara individu sebagai bukti insurans dan anda adalah dinasihatkan untuk membuat susulan dengan pemegang polisi berkelompok atau pihak Syarikat untuk mengesahkan perlindungan di bawah polisi berkelompok sekiranya sijil insurans tidak diterima di dalam tempoh yang munasabah.

Group Policy No: Proposed Sum Assured / Hospital Plan :
 No. Polisi Berkelompok Jumlah Insuran / Plan Hospital yang dicadangkan TA _____ CI _____ HS _____ Others _____

SECTION I. PARTICULARS OF THE LIFE TO BE ASSURED BUTIR-BUTIR HAYAT YANG DIASURANSKAN

Title Gelaran Mr Encik Madam Puan Miss Cik Master Encik Others Lain-lain _____

1. Full Name (as shown on NRIC) Nama Penuh (seperti di dalam Kad Pengenalan)

2. New NRIC No. No. Kad Pengenalan Baru - - Old NRIC/Birth Certificate/Passport No. No.KP. Lama/Sijil Kelahiran/Pasport

3. Date of Birth Tarikh Lahir / / 4. Age Next Birthday Umur Harijadi Akan Datang 5. Sex Jantina Male Lelaki Female Perempuan

6. Nationality Warganegara Malaysian Malaysia Others Lain-lain _____ 7. Race Bangsa

8. Marital Status Status Perkahwinan Married Berkahwin Single Bujang Divorced Bercerai Widowed Duda/Janda

9. (a) Height (cm) Tinggi (sm) (b) Weight (kg) Berat (kg) (c) Has your weight changed by more than 11 lbs (5kg) over the last 2 years? No Tidak Yes Ya
 Pernahkah berat badan anda berubah lebih dari 11 lbs (5kg) dalam 2 tahun yang lalu? Yes Ya
 If "Yes" please give details
 Jika "Ya" sila nyatakan butiran penuh. _____

10. Residential Address Alamat Rumah _____

11. (a) Name of Employer and Business Address Nama Majikan dan Alamat Majikan _____

(b) Occupation Pekerjaan _____ (c) Exact Duties Tugas Sebenar _____ (d) Year joined employer Tahun Mula Bekerja Dengan Majikan _____

SECTION II. DEPENDENT PARTICULARS BUTIR-BUTIR AHLI KELUARGA (GROUP HOSPITAL & SURGICAL ONLY INSURANS KESIHATAN BERKELOMPOK SAHAJA)

Name of dependant (Spouse/Children) are to be included in the coverage of the policy. Dependant children refer to only unmarried children (at least 30 days old and under 19 years of age/below 23 if a full-time student, and not gainfully employed). Butir-butir ahli keluarga (anak/suami/isteri) untuk dimasukkan ke dalam polisi yang dilindungi. Anak di bawah tanggungan yang dilindungi adalah merujuk kepada anak yang belum berkahwin (sekurang-kurangnya berumur 30 hari dan dibawah 19 tahun/dibawah 23 tahun sekiranya pelajar sepenuh masa, dan tidak bekerja).

Full Name (as in NRIC) Nama Penuh (seperti dalam K/P)	Sex Jantina	Relationship Perhubungan	Date of Birth Tarikh Lahir	NRIC/Birth Cert.No No. K/P / No. Sijil Lahir	Height (cm) Tinggi	Weight(kg) Berat	*Cigarettes/Cigars Smoker Perokok	Alcohol Drinker Peminum Alkohol
(a) _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
(b) _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak
(c) _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak	<input type="checkbox"/> Yes Ya <input type="checkbox"/> No Tidak

* delete whichever is not applicable * potong mana-mana yang tidak berkenaan
 if answer is ticked as "YES", please state details in Question 12. Jika "Ya", sila nyatakan butiran di soalan 12

GID-FGPRO-V04-012010

SECTION III. PARTICULARS OF EXISTING AND/OR CONCURRENT COVERAGE BUTIR-BUTIR PERLINDUNGAN INSURANS SEDIA ADA DAN/ATAU TERDAHULU

1. Total amount of existing insurance including those now being proposed to other companies, if any *Jumlah asurans masa kini termasuk sekarang yang masih dicadangkan kepada syarikat lain, jika ada.*

NAME OF THE INSURED PERSON NAMA ORANG YANG DIASURANSKAN	INSURER SYARIKAT INSURANCE	TYPE OF POLICY JENIS POLISI	SUM ASSURED JUMLAH ASURANS	YEAR ISSUED TAHUN DIKELUARKAN

2. Has any application or renewal made by you or any of your dependants for Life, Accident and Medical/health insurances been declined, postponed, withdrawn, restricted or accepted at other than normal terms? If "Yes", please give details. *Pernakah sebarang permohonan atau penguatkuasaan semula atau permohonan untuk memperbaharui untuk insurans yang pernah ditolak, ditangguhkan, dikenakan kadar, dihadkan atau diubah, atau dikenakan terma tambahan? Jika "Ya", sila nyatakan butiran penuh.*

**YES NO
YA TIDAK**

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

1. Have you ever smoked in the last 12 months? <i>Pernakah anda merokok dalam tempoh 12 bulan yang lepas?</i>	If "YES" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cigarettes/cigar per day Jika "YA" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> batang rokok/curut sehari	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
2. Do you consume alcoholic drinks? If "YES", state average weekly consumption:- <i>Adakah anda minum minuman beralkohol? Jika "YA", nyatakan purata pengambilan seminggu:-</i>	Beer/Stout <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> small bottles <i>Bir/Stout botol kecil</i>	Wine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> glasses <i>Wain gelas</i>	Whiskey/brandy/others <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pegs <i>Whiski/brandi/lain-lain peg</i>	Social <input type="checkbox"/> <i>Sosial</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Have you ever taken or do you now take any drugs or narcotics, other than those validly prescribed by doctors? <i>Pernakah anda mengambil atau pada masa sekarang ini anda sedang mengambil sebarang dadah atau narkotik selain dari yang sah di preskripsi oleh doctor?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
4. Are you currently receiving any medical treatment and/or suffering from physical impairment or infirmity, congenital abnormality or poor health? <i>Adakah anda sedang menerima sebarang rawatan perubatan dan/atau sedang menghadapi kecacatan fizikal atau kelemahan, kecacatan sejak lahir atau kurang kesihatan?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
5. Have you ever suffered from, or been told that you are suffering or have suffered from, or received any treatment for: <i>Pernakah anda menghidap atau diberitahu bahawa anda sedang menghidap atau telah menghidap dari/atau menerima sebarang rawatan untuk:</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
(a) Any disease of the brain or nervous system e.g. convulsion paralysis (epilepsy), insanity, regular headache or Vertigo or other psychiatric illnesses? <i>Sebarang penyakit otak atau sistem saraf seperti sawan babi, gila, sakit kepala, pengsan, atau lain-lain penyakit psikiatrik?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
(b) Any disease of the respiratory system e.g. lung disease, frequent coughs, asthma, spitting blood, pleurisy, tuberculosis, bronchitis or pneumonia? <i>Sebarang penyakit sistem pernafasan seperti penyakit paru-paru batuk berterusan, lelah, muntah darah, pleurisy, tibi, bronchitis atau pneumonia?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
(c) Any disease of the cardiovascular and circulatory system eg. Rheumatic fever, varicose veins, heart attack, stroke, coronary artery disease, palpitation, chest pains, breathlessness or hypertension? <i>Sebarang penyakit sistem kardiovaskular dan peredaran seperti demam rheumatik, vena varikos, serangan jantung, strok, penyakit arteri koronari, jantung berdebar, sakit dada, sesak nafas atau tekanan darah tinggi?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
(d) Any disease of the digestive system e.g. gastric ulcers, haemorrhoids, hernia or rupture, gall bladder or liver disease, Hepatitis B, fulminant hepatitis, colics? <i>Sebarang penyakit sistem penghadaman seperti ulser gastric, buasir, hernia atau pecah burut, pundi hempedu atau hati, Hepatitis B, hepatitis fulminan, kolik?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
(e) Any disease of the urinary system e.g. kidney stones, inflammation of the kidneys, renal or bladder disorder, diabetes or abnormal urine such as bloody, sugary or turbid urine? <i>Sebarang penyakit saluran kencing seperti batu karang, radang buah pinggang, jinjal atau gangguan pundi, kencing manis atau kencing luar biasa seperti berdarah, bergula atau berkeladak?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
(f) Any cancer, cyst, growth or tumour of any kind? <i>Sebarang penyakit kanser, cysta, ketumbuhan atau sebarang jenis tumor?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
(g) Any complaint of the eyes, ears, throat or nose? <i>Sebarang aduan tentang mata, telinga, tekak dan hidung?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
(h) Any venereal diseases e.g. gonorrhoea, syphilis, chancre or other sores including genital sores or discharges? <i>Sebarang penyakit kelamin berjangkit seperti gonorea, sifilis, kanker atau lain-lain sor termasuk sor atau lelehan di alat kelamin?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
(i) Any disorder or disease of the muscles, glands, bones, joints or limbs including arthritis, gout, backache, lumbago or spine disorder? <i>Sebarang gangguan atau penyakit otot, kelenjar, tulang, sendi atau anggota termasuk arthritis, gout, sakit belakang, lumbago atau gangguan spina?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
(j) 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? <i>Sebarang penyakit, gangguan, ketidakupayaan, kemalangan atau kemasukan hospital atau pembedahan atau pemerhatian atau rawatan yang tidak biasa yang tidak dinyatakan di atas?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
6. Have you ever been tested for or received medical advice, counselling or treatment in connection with AIDS or infection with any Human Immunodeficiency Virus (HIV) or AIDS related conditions? <i>Pernakah anda diuji atau menerima nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan AIDS atau dijangkiti mana-mana Virus Kurang Daya Tahan Penyakit atau yang berhubung dengan AIDS?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

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

**YES NO
YA TIDAK**

7. In the past 5 years, have you had any physical check-up and/or diagnostic tests such as X-Ray, Electro-Cardiogram(ECG), blood test?
Sepanjang 5 tahun yang lepas, pernahkah anda menjalani pemeriksaan fizikal dan/atau pemeriksaan diagnostik seperti X-Ray, Elektro-Kardiogram (ECG), ujian darah?
8. Are you now a member of any military force, or in the past 5 years have you engaged or contemplated to engage in any hazardous sports or races or flying other than as a passenger on a commercial aircraft? *Adakah anda sekarang ahli mana-mana pasukan tentera, atau sepanjang 5 tahun yang lepas, anda menyertai atau bercadang menyertai sebarang sukan merbahaya atau perlumbaan atau penerbangan selain daripada penumpang dalam kapal terbang komersil?*
9. Have you or any of your dependant(s) ever *Pernahkah anda atau orang diasuranskan:*
(a) had a surgical operation? *menjalani sebarang pembedahan?*
(b) been advised to have a surgical operation that was not performed? *dinasihatkan untuk menjalani pembedahan atau pembedahan yang belum selesai?*
10. **FOR FEMALE ONLY UNTUK WANITA SAHAJA**
(a) Are you now pregnant? *Adakah anda hamil sekarang?* If "YES Jika "Ya", months *berapa bulan?*
(b) Have you ever had a miscarriage, difficult labour, caesarian section or any complications in previous pregnancies? *Pernahkah anda mengalami keguguran, kerumitan bersalin, pembedahan caesarian atau sebarang kerumitan semasa hamil dahulu?*
(c) Have you ever had any lump in your breast(s) or had undergone any breast mammogram or any form of screening test/blood test for cancer risk particularly to your breast and/or reproductive system? If "Yes", please submit a copy of the laboratory or medical report. *Pernahkah anda mengalami gumpalan pada buah dada atau pernah menjalani sebarang mammogram buah dada atau sebarang ujian pemeriksaan/ujian darah untuk risiko kanser terutamanya buah dada dan/atau sistem reproductive? Jika "ya" sila kepilkan salinan laporan makmal.*
11. Are there any other circumstances not already disclosed elsewhere in this proposal form that would render an assurance on your life more than usually hazardous? If you are in doubt on whether certain circumstances are more than usually hazardous, these circumstances should be disclosed. *Adakah terdapat mana-mana keadaan lain di mana telah tidak diberitahu di dalam borang cadangan ini yang boleh menyebabkan asurans ke atas diri anda melebihi bahaya yang luar biasa? Jika anda sangsi samada sesuatu keadaan itu lebih bahaya dari biasa, keadaan tersebut hendaklah dikemukakan.*

12. If you answer "YES" to any of questions 3 to 11, please indicate the relevant question number and provide full details below. *Jika anda menjawab "YA" kepada soalan-soalan 3 hingga 11, sila nyatakan nombor soalan dan beri butir-butir yang lengkap di bawah.*

(a) Name of Person *Nama* (b) Type of Illness/Disease/Injury/Diagnostic Test *Jenis Penyakit/Kecederaan*

(c) Name & Address of Doctor/Surgeon Consulted *Nama & Alamat Doktor atau Hospital* (d) Duration of Illness/Injury, Date, reason, result of Test *Treatment Jangkamasa/Keputusan/butir rawatan*

(e) Date of Recovery *Tarikh Sembuh* (f) Cigarettes Per Day *Batang Roko Sehari* (g) Average weekly Alcohol Consumption *Purata Pengambilan Seminggu*

SECTION V. FAMILY HISTORY SEJARAH KELUARGA

	Life to be Assured <i>Hayat yang Diasuranskan</i>				Spouse to be Assured <i>Suami/Isteri yang Diasuranskan</i>			
	Age <i>Umur</i>	State of Health (details of illness, if any, and his/her age at the onset of the illness) <i>Keadaan kesihatan (butir-butir penyakit, jika ada, dan nyatakan umur ketika berlaku)</i>	Age at death <i>Umur Kematian</i>	Cause of death <i>Punca Kematian</i>	Age <i>Umur</i>	State of Health (details of illness, if any, and his/her age at the onset of the illness) <i>Keadaan kesihatan (butir-butir penyakit, jika ada, dan nyatakan umur ketika berlaku)</i>	Age at death <i>Umur Kematian</i>	Cause of death <i>Punca Kematian</i>
Father <i>Bapa</i>								
Mother <i>Ibu</i>								
Brothers <i>Abang/ Adik Lelaki</i>								
Sisters <i>Kakak/ Adik Perempuan</i>								

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

SECTION VI : DECLARATION AND AUTHORISATION BY LIFE TO BE ASSURED AND PROPOSER PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA OLEH HAYAT YANG DIASURANSKAN DAN PENCADANG

I hereby declare that all the foregoing statements and answers in this proposal form together with any other documents or questionnaires submitted in connection with this proposal form are complete, accurate and true and that I have not withheld any relevant information, and I agree that this declaration with the answer given by me shall be the basis of my cover under the Policy and of the interim assurance should any be granted. *Saya mengaku bahawa semua kenyataan dan jawapan di dalam borang cadangan bersama-sama dokumen yang lain atau borang soal selidik yang dihantar berkaitan dengan borang cadangan ini adalah lengkap, tepat dan benar dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat yang berkaitan, dan saya bersetuju dengan pengakuan ini berserta jawapan yang telah bideri oleh saya akan menjadi asas kepada perlindungan ke atas saya di bawah polisi dan juga jaminan sementara sekiranya ianya ditawarkan*

I authorise any physician, hospital, clinic, insurance company, organisation or institution, that has any record or knowledge of me or my health, to disclose to the Company or its representative any information about me, my health and 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 it deems appropriate. A photocopy of this authorisation shall be as effective and valid as the original. *Saya membenarkan mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans, organisasi atau institusi yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang diri atau kesihatan saya untuk menyatakan sebarang informasi tentang saya kepada Syarikat atau wakilnya mengenai kesihatan dan sejarah perubatan saya dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan atau penyakit. Salinan pemberian kuasa ini adalah sama dan diperakui sah seperti dokumen asalnya.*

I have given to the Company or its representative no other information in connection with this proposal form, except that written on or attached to this proposal form, and I hereby confirm that save for the relevant sales brochures, sales illustrations and documents duly authorised by the Company, the Company or its representative has not given me any document or information to induce me to enter into a contract of assurance with your Company. *Saya telah memberi kepada Syarikat atau wakilnya tiada lain maklumat berkenaan dengan borang cadangan, melainkan yang bertulis atau yang dilampirkan kepada borang cadangan ini, dan saya mengesahkan bahawa risalah, dan dokumen berkenaan yang diiktirafkan oleh Syarikat, Syarikat atau wakilnya tidak memberi sebarang dokumen atau maklumat untuk mempengaruhi saya untuk masuk dalam kontrak insurans dengan Syarikat anda.*

The company must be informed of any material change in the state of my health or in the circumstances affecting the risk between the date of the proposal and the date the Company is on risk, the Company will then have the right to withdraw the acceptance or modify the terms of acceptance. *Pihak syarikat mestilah dimaklumkan mengenai sebarang perubahan berhubung kesihatan saya atau dalam keadaan yang mengakibatkan risiko antara tarikh cadangan dan tarikh syarikat adalah dalam risiko, pihak setrusnya akan berhak menolak penerimaan atau perubahan syarat-syarat penerimaan.*

I further acknowledge that all the terms have been fully explained to me and I fully understand all the terms and the answers provided are the actual information disclosed by me to the person filling the form on my behalf. *Saya selanjutnya mengakui bahawa semua istilah telah dijelaskan dengan sepenuhnya kepada saya dan saya memahami sepenuhnya semua istilah dan jawapan yang diberi adalah maklumat yang benar didedahkan oleh saya kepada orang yang melengkapi borang ini bagi pihak saya.*

We also agree / disagree that the Company can share my/our personal information (excluding information relating to my/our policy with the Company) with other third parties authorised by the Company for purposes of marketing or offering any products or services to me/us. *Saya/Kami setuju / tidak setuju bahawa Syarikat boleh berkongsi maklumat peribadi saya/kami (tidak termasuk maklumat berkaitan dengan polisi saya/kami dengan Syarikat) dengan pihak ketiga yang dibenarkan oleh Syarikat bagi tujuan pemasaran atau penawaran sebarang produk atau perkhidmatan kepada saya/kami.*

Signature of Employer and Company's Stamp
Tandatangan Majikan dan Cop Syarikat

Signature of the Life to be Assured
Tandatangan Hayat yang Diasuranskan

Signature of Spouse to be Assured
Tandatangan Suami/Isteri yang Diasuranskan
(to be completed if the spouse is to be included in Hospital & Surgical plan, if any Untuk ditandatangani jika suami/isteri dimasukkan dalam plan kesihatan)

Date Tarikh: _____

Date Tarikh: _____

Date Tarikh: _____

Intermediary's HR's / Officer's Declaration Pengakuan Pengantara / Sumber Manusia / Pegawai

I hereby declare that I have sighted the original NRIC/Passport of the Assured Member and verified the identity(ies) of Assured Member through the use of such NRIC/Passport. *Saya Mengesahkan identity Hayat yang diasuranskan setelah melihat Kad Pengenalan/Passport Antarabangsa.*

Name :
Nama _____

NRIC No :
No KP _____

Signature of Intermediary / HR / Officer
Tandatangan Pengantara / Sumber Manusia / Pegawai

Date :
Tarikh _____