

APP. TYPE

**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.

**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.

<b>For Agent Use Only</b> 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>	Agent's Name <i>Nama Ejen</i>
<b>For Office Use Only:</b> <input type="checkbox"/> Special Promotion <i>Promosi Istimewa</i> <input type="checkbox"/> Underwriting <i>Pengunderaitan</i> <input type="checkbox"/> Upgrade proposal <i>Pemohonan Tambahan</i>	Contract No. <i>No. Kontrak</i> Client No. <i>No. Pelanggan</i>	Agent's A/C No. <i>No. Akaun Ejen</i>
		Proposal Reg. By: _____ Date: _____ Verify By: _____ Date: _____ Underwriting Decision Updated By: _____ Date: _____ Consent Updated By: _____ Date: _____

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

New NRIC No. <i>No K/P Baru</i>	Old NRIC No. <i>No K/P Lama</i>
Name of Member <i>Nama Ahli</i>	
Salutation <i>Gelaran</i>	Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>
Marital Status <i>Status Perkahwinan</i>	Sex <i>Jantina</i>
Name & Address of Member's Employer <i>Nama &amp; Alamat Majikan Ahli</i>	Race <i>Bangsa</i>
Postcode <i>Poskod</i>	Town <i>Bandar</i>

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

Status of Life To Be Assured <i>Status Hayat Yang Diasuranskan</i>	Child No. <i>&gt; Anak No.</i>	Child No. <i>&gt; Anak No.</i>
New NRIC No. <i>No K/P Baru</i>	Old NRIC No./Birth Cert <i>No K/P Lama/Sijil Kelahiran</i>	
Name of Life To Be Assured <i>Nama Hayat Yang Diasuranskan</i>		
Salutation <i>Gelaran</i>	Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>	Sex <i>Jantina</i>
Marital Status <i>Status Perkahwinan</i>	Race <i>Bangsa</i>	
Nationality <i>Warganegara</i>	Height <i>Tinggi</i>	Weight <i>Berat</i>
Occupation <i>Pekerjaan</i>	M'ship/Staff No. <i>No. Keahlian/Staf</i>	
Exact Nature of Work <i>Jenis Pekerjaan Sebenar</i>	Tel (H/p) <i>Tel (Bimbit)</i>	
Tel (House) <i>Tel (Rumah)</i>	Tel (Office) <i>Tel (Pejabat)</i>	
Resident Address <i>Alamat Rumah</i>		
Postcode <i>Poskod</i>	Town <i>Bandar</i>	

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

GMBS-FTPUW-V11-012010



**FURTHER PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED \* Delete whichever is not applicable**  
**BUTIR-BUTIR LANJUT ORANG YANG DIASURANSKAN \*Potong yang mana tidak berkenaan**

15. Do you consume alcoholic drinks? If "Yes" state average weekly consumption:  
 Adakah ada meminum alkohol? Jika "Ya" nyatakan jumlah purata mingguan:

Beer/Stout   small bottles      Wine   glasses      Whiskey/brandy/others   pegs      Social   
 Bir/Stout      botol kecil      Wain      gelas      Wiski/brandi/lain-lain      Sosial

Life to be Assured  
 Hayat yang  
 Diasuranskan  
 Yes Ya No Tidak

If the Answer to any of the Questions 1 to 12 is "Yes", please indicate Question Number and provide full relevant details below e.g. types of pursuits, diagnosis, dates, duration of illness or injury, names and addresses of all attending physicians and medical institutions (please attach separate sheet/s if needed).  
 Sekiranya jawapan kepada mana-mana soalan 1 hingga 12 adalah 'Ya', sila nyatakan nombor soalan dan segala butiran yang berkaitan contoh jenis rawatan yang dijalankan, tarikh, jangka masa penyakit atau kecederaan, nama dan alamat semua pakar perubatan dan institusi perubatan yang telah dihadiri (sila lampirkan helaian yang berasingan jika perlu).

**OTHER PERSONAL INFORMATION MAKLUMAT PERIBADI LAIN-LAIN**

Legal Proceedings Disclosure: Do you or have you ever had any legal proceedings including bankruptcy filed against you?  YES  NO  
 If "YES", please give full details. YA TIDAK  
 Pendedahan Prosiding Undang-undang: Adakah anda sedang atau pernah menghadapi sebarang prosiding undang-undang termasuk difailkan untuk muflis? Jika "YA", sila beri butiran penuh.

**EXCLUSIONS FOR CRITICAL ILLNESS (For Special Promotion only) PENGECUALIAN BAGI PENYAKIT KRITIKAL (Bagi Promosi Khas sahaja)**

No claim arising from any pre-existing illness is payable within the first 2 years of commencement of the insurance  
 Tiada pampasan akan dibayar untuk sebarang penyakit sedia ada dalam tempoh 2 tahun pertama asurans berkuatkuasa

However, if you disclose any pre-existing critical illness in this proposal form and a claim on Death Benefit or Total Permanent Disability Benefit arises in the first 2 years of commencement of the insurance due to any disclosed pre-existing critical illness, 50% of the Death Benefit or Total Permanent Disability Benefit is payable. Full claim on Death Benefit or Total Permanent Disability Benefit is payable after 2 years of commencement of the insurance.  
 Walau bagaimanapun, sekiranya anda menyatakan segala penyakit kritikal sedia ada di dalam borang cadangan ini dan tuntutan Manfaat Kematian atau Hilang Upaya Kekal akibat sebarang penyakit kritikal sedia ada tersebut dikemukakan dalam tempoh 2 tahun pertama asurans berkuatkuasa, 50% dari manfaat kematian atau Hilang Upaya Kekal boleh dibayar. Jumlah penuh Manfaat Kematian atau Hilang Upaya Kekal hanya boleh dibayar selepas 2 tahun asurans berkuatkuasa.

No Critical Illness Benefit is payable for any claim arising from any disclosed or undisclosed pre-existing critical illness; or any critical illness diagnosed in the first 60 days from salary /commission/bank account deduction or from the date of receipt of this proposal form by Great Eastern after premium deduction, whichever is earlier. *Tiada Manfaat Penyakit Kritikal yang boleh dibayar untuk segala tuntutan yang dikemukakan oleh sebab penyakit kritikal sedia ada yang dinyatakan atau tidak dinyatakan; ataupun penyakit kritikal yang didiagnoskan dalam tempoh 60 hari pertama dari tarikh potongan gaji/komisen/potongan akaun bank atau dari tarikh Great Eastern menerima borang cadangan ini selepas potongan premium, yang mana terdahulu.*

**FOR CHILD-DEATH AND TOTAL AND PERMANENT DISABILITY (due to natural / illness) UNTUK ANAK-KEMATIAN DAN HILANG UPAYA TOTAL & KEKAL (akibat biasa/penyakit)**

Upon the death of the Assured Child who is 5 years (age next birthday) or older at the time of his death, the Basic Sum Assured under this policy will be payable in full. In the case of death of an Assured Child below the age of 5 years (age next birthday) at the time of his death, 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 ke atas Anak Yang Diasuranskan ketika umurnya 5 tahun (umur pada ulang tahun akan datang) atau lebih pada masa kematian, Jumlah Asurans Asas Polisi ini akan dibayar dengan penuh. Dalam keadaan di mana kematian 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 Umur pada ulang tahun akan datang	Percentage of Basic Sum Assured Peratusan Jumlah Asurans Asas
1.	20%
2.	40%
3.	60%
4.	80%
5.	100%

Upon Total 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 merfa dan bayaran selebihnya iaitu 90% satu tahun selepas itu.

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 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 life assured under the policy contract. Documentary proof of age is required prior to the payment of benefits under the policy. If the life assured'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.

Sekiranya anda tidak sepenuhnya atau jujur memberi kenyataan sebagaimana yang sepatutnya atau patut diberitahu, polisi ini berkemungkinan tidak sah. Sekiranya anda mempunyai sebarang keraguan sama ada mana-mana fakta adalah bahan, fakta ini perlu diberitahu. Keseluruhan teks pra-cetak pada cadangan ini adalah jenis standard dan digunakan bagi tujuan memohon insurans pada syariket. Sebarang perubahan atau pemadaman pada mana-mana bahagian teks memerlukan arahan khusus daripada pemohon secara bertulis kepada syariket bagi pemerhatian peribadi atau persetujuan. Anda perlu meminta atau meneliti risalah, ilustrasi jualan dan dalam hal polisi di mana produk itu diberi perhatian bagi manfaat yang mana telah dijamin dan manfaat yang tidak dijamin, dan tugas anda sebagai pemegang asurans hayat di bawah kontrak polisi. Dokumen bukti umur diperlukan sebelum bayaran manfaat di bawah polisi. Sekiranya umur hayat yang diasuranskan tidak betul, syariket insurans boleh mengubah polisi bergantung kepada budi bicara, tertakluk kepada kenyataan pada Akte Insurans 1996. Dalam sebarang keadaan salah faham yang berkaitan dengan definisi dan/atau interpretasi terma dan/atau syarat-syarat borang cadangan / tambahan dan polisi (jika dikeluarkan terdahulu), versi Bahasa Inggeris yang sama akan dipakai.

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 the group policyholder or the Company to confirm coverage under the group policy if a certificate of insurance is not received within a reasonable period.  
 Dalam Polisi Insurans Perubatan Kesihatan Berkumpulan berkaitan dengan pemegang polisi yang tidak mempunyai sebarang kepentingan yang boleh diinsuranskan pada hayat anda, anda perlu menerima sijil insurans individu sebagai bukti insurans dan anda dinasihatkan untuk membuat susulan pada pemegang polisi berkumpulan atau syarikat untuk mengesahkan perlindungan di bawah polisi berkumpulan jika sijil insurans tidak diterima tanpa sebarang alasan munasabah.

**IMPORTANT NOTICE NOTIS PENTING**

All applicants please take note that this Scheme is subject to Great Eastern's internal procedures. In the event Great Eastern receives \_\_\_\_\_ number of proposals during the promotion period, you will be eligible for the Special Promotion (i.e.: waiver of the normal underwriting procedures) subject to the terms and conditions of the Master Policy. Otherwise, you will be subject to the usual underwriting procedures. Great Eastern's decision on all matters relating to the Special Promotion will be binding and final.  
 Semua pemohon sila ambil perhatian bahawa Skim ini adalah tertakluk kepada peraturan-peraturan dalaman Great Eastern. Sekiranya Great Eastern menerima \_\_\_\_\_ jumlah permohonan semasa tempoh promosi, anda adalah layak untuk Promosi Khas (iaitu: pelepasan daripada proses underwriting yang biasa dilakukan) tertakluk kepada terma dan syarat Polisi Induk. Jika tidak, anda akan tertakluk kepada proses underwriting yang biasa dilakukan. Keputusan Great Eastern di dalam segala hal yang berkaitan dengan Promosi Khas ini adalah mengikat anda dan ia adalah muktamad.

**DECLARATION AND AUTHORISATION BY LIFE TO BE ASSURED AND PROPOSER**  
**PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA OLEH HAYAT YANG DIANSURANSKAN DAN AHLI**

I hereby declare and agree to the following on behalf of myself and any person or entity who may have or claim any interest in the insurance(s) issued pursuant to this proposal form. Dengan ini saya mengisytiharkan dan bersetuju dengan yang berikut bagi pihak diri sendiri, sebarang orang atau entiti yang mempunyai atau menuntut sebarang faedah dalam insurans yang dikeluarkan menurut borang permohonan ini.

I hereby declare that all the foregoing statements and answers are full, complete and true, and I understand the Company believing them to be such will rely and act on them, otherwise no benefit under this policy will be payable, and I agree that they shall be the basis of the contract between me and Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad. Furthermore, I authorise any physician, hospital, clinic, insurance company, organization 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 and medical history and any hospitalization advice, treatment, disease or ailment, and I authorize 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. I have read and understood all the rules pertaining to the above Scheme and hereby apply to join the said Scheme and agree to be bound by all the rules of the said Scheme. Further, I declare and confirm that any notice, correspondence or any other document issued by Great Eastern to the Policyholder with effect from the date hereof shall be deemed binding on me. This assurance shall not take effect until the first premium has been deducted from my salary and my application has been fully accepted by the Company. Saya mengaku bahawa semua pengakuan dan jawapan di atas adalah penuh, lengkap dan benar, dan saya faham bahawa pihak Syarikat ini percaya akan pengakuan tersebut dan akan bergantung dan bertindak atas pengakuan tersebut, jika sebaliknya, tiada manfaat yang akan dibayar di bawah polisi ini, dan saya bersetuju bahawa ini merupakan kontrak asas antara saya dan Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad. Di samping itu, saya mengizinkan mana-mana pakar perubatan atau hospital atau organisasi yang mempunyai rekod atau pengetahuan tentang kesihatan saya untuk memberi laporan kepada pihak Syarikat mengenai latarbelakang perubatan atau keadaan fizikal saya. Salinan fotokopi surat izin ini adalah benar dan sah seperti surat asal. Saya telah membaca dan memahami segala peraturan yang berkaitan dengan Skim di atas dan dengan ini memohon untuk menyertai Skim tersebut dan bersetuju untuk mematuhi segala peraturan Skim ini. Selanjutnya, saya mengaku dan faham bahawa apa-apa notis, surat-menyurat atau dokumen yang dikeluarkan oleh Great Eastern kepada Pemegang Polisi dari tarikh permohonan ini akan mengikat saya. Skim Asurans ini hanya akan berkuatkuasa apabila premium pertama telah dipotong daripada gaji saya dan permohonan saya telah diterima sepenuhnya oleh Syarikat ini.

I hereby declare that all the statements given in the proposal form are true. I have given to your agent 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, your agent has not given me any document or information to induce me to enter into a contract of assurance with your Company. Saya telah menyerahkan kepada agen anda semua maklumat yang berkaitan dengan kertas cadangan ini, kecuali yang telah bertulis atau dikepitkan bersama borang kertas cadangan, dan saya mengesahkan bahawa adalah selamat bagi risalah jualan, ilustrasi jualan dan dokumen yang telah disahkan oleh syarikat, agen anda tidak memberi sebarang dokumen atau informasi untuk mempengaruhi saya menyertai kontrak asurans bersama syarikat anda.

Special Promotion: I hereby confirm that Great Eastern reserves the right at its sole and absolute discretion to decide whether I am eligible for the Special Promotion (i.e.: waiver of the normal underwriting procedures). I also confirm that in the event I am eligible for such Special Promotion and provided I/we disclose my pre-existing illness, 50% of the Death/TPD benefit is payable if Death or TPD occurs in the first 2 years of cover due to the disclosed pre-existing illness. However if I fail to disclose my pre-existing illness, the Death or TPD benefits will not be payable at all. Promosi Khas: Saya mengesahkan bahawa Great Eastern mempunyai hak mutlak untuk menentukan samada saya layak untuk promosi khas (iaitu: pelepasan daripada proses underwriting yang biasa dilakukan). Saya juga mengesahkan bahawa sekiranya saya/kami layak untuk Promosi Khas dan tertakluk kepada saya menyatakan penyakit sedia ada saya/kami, 50% daripada jumlah manfaat Kematian/Hilang Daya Upaya Total & Kekal akan dibayar jikalau Kematian atau Hilang Daya Upaya Total & Kekal berlaku dalam masa 2 tahun daripada tarikh perlindungan disebabkan penyakit yang sedia ada yang telah dinyatakan itu. Sekiranya saya gagal menyatakan penyakit sedia ada saya, segala tuntutan kematian atau Hilang Daya Upaya Total & Kekal disebabkan penyakit yang sedia ada tidak akan dibayar.

**FOR INVESTMENT-LINKED POLICIES:** I 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 proposed policy in all circumstances including but not limited to the event when any premium due is not paid. I 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 proposed policy.

**Untuk Polisi Berkait Pelaburan:** Dengan ini saya 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 dalam semua keadaan termasuk tetapi tidak terhad kepada keadaan di mana premium belum dijeleaskan. Saya seterusnya faham dan bersetuju bahawa potongan serentak untuk yuran polisi juga boleh dilakukan bahawa Syarikat. Semua potongan akan dibuat mengikut terma-terma dan syarat-syarat seperti yang disebutkan di dalam polisi cadangan.

**HEALTH, LIFESTYLE AND INSURANCE DECLARATION PENGAKUAN KESIHATAN, GAYA HIDUP DAN ASURANS**

I have not been tested, counselled or treated for HIV infection (Human Immunodeficiency Virus) or AIDS. Saya tidak pernah diuji, diberi kaunseling atau dirawat untuk HIV (Human Immune Deficiency) atau AIDS;

You are strongly advised to read and understand the actual terms and conditions for this Scheme contained in the Master Policy. Anda dinasihatkan agar membaca terma-terma dan syarat-syarat yang sebenar bagi Skim ini yang terdapat didalam Polisi Induk.

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

<p>Signature of Member Tandatangan Ahli Date Tarikh</p>	<p>Signature of Life To Be Assured (Spouse/Child)** Tandatangan Hayat Yang Diasuranskan(Pasangan/Anak)** (Age 16 And Above/Umur 16 Tahun Ke Atas)</p>	<p>Signature of Witness Tandatangan Saksi</p>	<p><input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/> Date Tarikh</p>
<p>Name of Member Nama Ahli</p>	<p>Name of Life To Be Assured (Spouse/Child)** Nama Hayat Yang Diasuranskan(Pasangan/Anak)**</p>	<p>Name of Witness (Block Letters) Nama Saksi (Huruf Besar)</p>	<p>&gt;* Please tick if witness is an agent. Sila tanda jika saksi adalah seorang ejen</p>

**AGENT'S/OFFICER'S DECLARATION PENGAKUAN EJEN/PEGAWAI**

I hereby declare that I have sighted the original NRIC/International Passport\*\* of the Life to be Assured and the Proposer and verified the identity(ies) of the Life to be Assured and the Proposer through the use of such NRIC/International Passport\*\*. I further declare that I have adhered to the requirements and have disclosed all required information and advice to the Proposer, as outlined in the Guidelines on Product Transparency and Disclosure. I have also explained and given the Proposer the full set of Company's approved Sales Illustration and Product Disclosure Sheet relevant to the proposed products. Saya mengesahkan identiti Hayat yang Diasuranskan dan Pencadang setelah melihat Kad Pengenalan/Pasport Antarabangsa\*\*. Dengan ini saya mengaku bahawa saya telah mematuhi keperluan dan mendedahkan semua maklumat yang diperlukan serta memaklumkan Pencadang, seperti digariskan dalam Garis Panduan bagi Ketelusan dan Pendedahan Produk (Guidelines on Product Transparency and Disclosure). Saya juga telah menerangkan dan memberi ilustrasi jualan yang lengkap yang diluluskan oleh Syarikat dan Risalah Pemberitahuan Produk yang berkaitan dengan produk yang dicadangkan kepada Pencadang.

<p>Signature of the Agent/ Officer Tandatangan Ejen/Pegawai</p>	<p>Name Nama</p>	<p>Date Tarikh</p>	<p><input type="text"/> / <input type="text"/> / 20 <input type="text"/></p>
---	----------------------	------------------------	--

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