

PENGAKUAN KESIHATAN/ DECLARATION OF GOOD HEALTH

NOTA PENTING/ IMPORTANT NOTE

Menurut Penggal 2 Jadual 9, Sekyen 129 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, anda dikehendaki menyatakan dengan jujur dan lengkap di dalam borang cadangan ini atau di dalam mana-mana permintaan yang dibuat oleh Syarikat sebelum polisi dikeluarkan, diubah suai, diperbaharui/dikuatkuasakan semula. Dalam pada itu, anda juga dikehendaki mendedahkan segala maklumat yang anda tahu yang boleh mempengaruhi keputusan Syarikat samada untuk menerima cadangan insurans hayat ini atau tidak dan segala kadar serta syarat-syarat yang ditetapkan dalam segala urusan dengan Syarikat selepas polisi dikeluarkan, diubah suai, diperbaharui/dikuatkuasakan semula termasuk untuk membuat tuntutan./ Pursuant to Part 2 Schedule 9, Section 129 of the Financial Services Act 2013, you are to take reasonable care not to make a misrepresentation when answering any questions in the proposal form or in any request made by the Company before the policy is issued, varied or renewed/reinstated. In addition, you are also required to take reasonable care to disclose to the Company any matter that you know to be relevant to the decision of the Company on whether to accept this proposal or not and the rates and terms to be applied and this duty to exercise utmost good faith is extended to all your dealings with the Company after the policy has been issued varied or renewed/reinstated, including the making of a claim

SEKSYEN 1/ SECTION 1 : BUTIR PERIBADI PEMOHON/ DETAILS OF REQUESTOR

No. Polisi/ Policy No :

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

Hayat yang Diinsuranskan/ Life Assured

Nama/ Name : _____

No. Kad Pengenalan (Baru/ Lama)/ NRIC No. (New / Old) : _____

Alamat Surat Menyurat/ Correspondence Address : _____

Pekerjaan/ Occupation : _____

Nama & Alamat Majikan/ Employer's Name & Address : _____

Jenis Pekerjaan/ Nature of Work : _____

No. Tel Bimbit/ Mobile No. : _____

Pendapatan bulanan/ Monthly Income (RM) : _____

Alamat E-mel/ E-mail Add. : _____

Pemegang Polisi/ Assured

Nama/ Name : _____

No. Kad Pengenalan (Baru/ Lama)/ NRIC No. (New / Old) : _____

Alamat Surat Menyurat/ Correspondence Address : _____

Pekerjaan/ Occupation : _____

Nama & Alamat Majikan/ Employer's Name & Address : _____

Jenis Pekerjaan/ Nature of Work : _____

No. Tel Bimbit/ Mobile No. : _____

Pendapatan bulanan/ Monthly Income (RM) : _____

Alamat E-mel/ E-mail Add. : _____

Dikuatkuasakan Oleh(Ejen)/ Revived By(Agent) : _____ No. pengenalan Ejen/ Agent A/C No.: _____

SEKSYEN 2/ SECTION 2: PEMBAYARAN PIHAK INSURANS KEPADA PENCADANG / E-PAYMENT BY INSURANCE COMPANY TO PROPOSER

Saya memohon MCIS INSURANCE BERHAD (MCIS LIFE) mengkreditkan bayaran insurans saya ke akaun bank seperti yang dinyatakan di bawah dan mengesahkan bahawa/ I hereby request that payment(s) due to me by MCIS INSURANCE BERHAD (MCIS LIFE) on the abovementioned policy be credited to my bank account as stated below and confirm that: -

- a) Saya mengizinkan MCIS LIFE memberi data peribadi saya kepada pihak bank untuk memudahkan pembayaran insurans./ I consent to MCIS LIFE releasing the above data to its banker in order to facilitate the payment(s).
- b) Saya mengesahkan bahawa maklumat yang dinyatakan oleh saya adalah benar dan tepat. Sekiranya terdapat percanggahan maklumat, saya memahami bahawa pembayaran akan ditangguhkan./ I confirm the information provide herein are true and accurate and in the event I have made an error or omission I understand the payment will be delayed.
- c) Permintaan saya ini tidak boleh dibatalkan tanpa persetujuan MCIS LIFE. MCIS LIFE boleh pada bila-bila masa menukar cara pembayaran kepada saya dengan kaedah lain./ My request herein shall be irrevocable without the consent of MCIS LIFE. MCIS LIFE may at any time in its absolute discretion effect payment(s) to me by other methods.
- d) Saya dengan ini menyertakan salinan penyata bank/ halaman yang berkaitan dengan akaun simpanan yang jelas menunjukkan nama saya, nombor identiti dan nombor akaun bank./ I hereby attach a legible copy of the top portion of the bank statement/ relevant page of the savings account book which clearly indicate my name, Identity No. and bank account no.
- e) Pilihan akaun bank dan butiran hubungan saya adalah seperti dinyatakan di bawah / My preferred bank account and contact details are as stated below:

Nama Bank/ Bank Name : _____

No. Akaun Bank/ Bank Account No :

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

Nama/ Name : _____

No. KP/ IC No. : _____

SEKSYEN 3/ SECTION 3: MAKLUMAT MENGENAI INSURANS LAIN DAN KESIHATAN/ OTHER INSURANCES & HEALTH INFORMATION

Saya/ Kami Hayat Yang Diasuranskan/ Asured yang disebutkan, mengetahui bahawa polisi di atas telah luput. Saya/ kami memohon kepada pihak anda untuk menguatkuasakan semula Polisi tersebut, dengan ini mengisytiharkan dan bersetuju bahawa penguatkuasaan semula polisi akan bergantung kepada jawapan kepada kenyataan-kenyataan berikut dan mengikut terma-terma dan syarat-syarat yang dinyatakan di bawah. Dari cadangan asal yang menjadi asas Polisi yang disebutkan./ We the under mentioned 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 following statements and in accordance with the terms and conditions stated below. That since the time of the original proposal which formed the basis of the said Policy.

Sila tanda (√) pada petak yang berkenaan/ Please tick (√) in the appropriate box

PENGAKUAN KESIHATAN/ HEALTH DECLARATION	HAYAT YANG DIINSURANSKAN/ LIFE ASSURED		PEMEGANG POLISI/ ASSURED	
	YAI/ YES	TIDAK/ NO	YAI/ YES	TIDAK/ NO
1) Adakah terdapat apa-apa perubahan berat badan lebih daripada 5 kg dalam tempoh 12 bulan yang lalu?/ Was there any change in weight of more than 5 kg in the past 12 months?				
2) Sila nyatakan ketinggian dan berat badan semasa anda./ Please provide your current height and weight.		Tinggi/ Height : _____CM Berat/ Weight : _____KG		Tinggi/ Height : _____CM Berat/ Weight: _____KG
3) Adakah anda sedang diinsuranskan pada masa ini dan/atau adakah mana-mana permohonan anda ditangguhkan dan/atau adakah anda mempunyai sebarang polisi hayat yang telah luput dalam tempoh tiga (3) tahun dengan syarikat insurans lain? Jika ya, sila beri keterangan lengkap./ Is your life now insured and/or is there any application for life assurance pending and/or do you have any life policy which has lapsed within three (3) years with other insurance companies? If yes, please give details below:				
4) Adakah anda diinsuranskan pada masa ini untuk Faedah Rawatan hospital atau/dan sebarang permohonan untuk Faedah Rawatan hospital anda ditangguhkan? Jika "Ya", sila beri keterangan lengkap/ Are you now insured for Hospital Benefit and/or is any of your application for Hospital Benefit pending? If "Yes", give details below:-				
5) Adakah anda diinsuranskan pada masa ini untuk Faedah Pelindungan Kemalangan Diri atau/dan sebarang permohonan untuk Faedah Pelindungan Kemalangan Diri anda ditangguhkan? Jika "Ya", sila beri keterangan lengkap/ Are you now insured for Accident Benefit and/or is any of your application for Accident Benefit pending? If "Yes", give details below:-				
6) Adakah permohonan ini menggantikan atau bakal menggantikan mana-mana polisi insurans hayat anda yang sedia ada dengan syarikat kami atau syarikat insurans yang lain? Is this proposal replacing or intended to replace any existing policy with us or any other insurance Company?				
7) Adakah sebarang pihak yang telah mempengaruhi anda untuk membatalkan atau menyerahkan sebarang polisi yang anda sedia ada? Jika ya, adakah anda berpuashati dengan penerangan yang diberikan? Is there any party who has influenced you to surrender or terminate any of your existing policies? If yes, are you fully satisfied with the explanation given to you?				

PENGAKUAN KESIHATAN/ HEALTH DECLARATION	HAYAT YANG DIINSURANSKAN/ LIFE ASSURED		PEMEGANG POLISI/ ASSURED	
	YA/ YES	TIDAK/ NO	YA/ YES	TIDAK/ NO
8) Adakah anda tahu bahawa pembatalan awal polisi anda yang sedia ada akan mendatangkan kerugian kewangan kepada anda? <i>Do you know that early termination of your existing policies will result in a financial loss to you?</i>				
9) Pernahkah sebarang permohonan anda untuk atau menguatkuasakan semula insurans hayat, penyakit berbahaya, kemalangan, Faedah Rawatan hospital atau insurans kesihatan (termasuk yang sedang dicadangkan kepada syarikat lain) ditolak, ditangguh, diterima dengan premium tambahan atau sebarang perubahan dikenakan? Jika ya, sila beri keterangan lengkap. <i>Has your application for a life policy or reinstatement of a life policy, critical illness, accident Hospital Benefit or health insurance (including those now being proposed to other companies) ever been declined, postponed, premium loaded or in any way modified? If yes, please provide full details.</i>				
10) Adakah anda membuat pekerjaan buruh kasar atau menggunakan mesin? Jika ada, nyatakan jenis mesin berkenaan/ <i>Do you engage in manual labour or handling of machinery? If so, state what type of machinery.</i>				
11) Adakah anda mengalami sebarang kecacatan pada anggota tubuh badan diketika ini? Jika ada, sila beri butir-butir yang penuh mengenai kecacatan tersebut/ <i>Do you have any physical deformity at present? If so, please give full details of the deformity.</i>				
12) Pernahkah anda mendapat sebarang kemalangan? Jika ada, sila nyatakan jenis kemalangan dan kecederaan/ <i>Have you ever met with an accident? If so, please state the nature of accident and the bodily injuries suffered, if any.</i>				
13) Pernahkah anda membuat tuntutan Faedah Pelindungan Kemalangan Diri dari mana-mana Syarikat Insurans untuk 5 tahun yang lepas? Jika ada, sila nyatakan nama Syarikat itu dan sebab-sebab tuntutan dibuat/ <i>Have you ever made an Accident Benefit claim with any Insurance Company during the last 5 years? If so, please state the name of the Company and the case for the claim.</i>				
14) Pernahkah anda tidak boleh menjalankan tugas akibat kecederaan untuk 5 tahun yang lepas? Jika ada, sila nyatakan nama Syarikat itu dan sebab-sebab tuntutan dibuat/ <i>Have you ever been prevented by injury from attending to your occupation during the last 5 years? If so, please state the name of the Company and the case for the claim.</i>				
15) Adakah anda berhajat atau sudah menceburkan diri di dalam bidang penerbangan selain daripada sebagai penumpang biasa dalam penerbangan berjadual atau menceburkan diri dalam sukan, hobi, pekerjaan atau perlumbaan yang merbahaya? Adakah anda sedang bekerja di dalam angkatan tentera atau berhajat melibatkan diri dalam angkatan tentera? Jika ya, sila beri keterangan lengkap. <i>Are you engaged in or intend to engage in flying other than as a fare paying passenger on a scheduled air route, or do you have intention of engaging in any hazardous sports, hobbies, occupations or races? Are you currently working in the armed forces or intend to join the arm forces? If yes, please provide full details.</i>				
16) Adakah anda cacat pada sebarang anggota fizikal atau lemah akal atau kongenital tidak normal atau cacat kesihatan? Pernahkah anda mengalami sebarang kecederaan anggota atau pernah menjalani pembedahan? Jika ya, sila beri keterangan lengkap. <i>Do you have any physical deformity or infirmity or health impairments or congenital abnormalities or have you suffered from any physical injury or had surgical operation? If yes, please provide full details</i>				
17) (a) Adakah anda merokok dalam tempoh 12 bulan yang lalu? Jika "ya" sila nyatakan bilangan rokok atau cerut sehari. / <i>Have you smoked in the last 12 months? If "yes" please state number of cigarettes or cigars in a day.</i>				
(b) Pernahkah anda mengambil narkotik atau dadah atau menerima rawatan berunsurkan dadah? <i>Have you ever taken any narcotic or other drugs or treated for drug use?</i>				
(c) Adakah anda mengambil minuman keras? Jika ya, nyatakan bilangan? _____ tin (375 ml) sehari./ <i>Do you consume alcohol? If yes, in what quantity? _____ can (375 ml) per day</i>				
18) Pernahkah anda menghidap atau diberitahu bahawa anda sedang menghidap atau telah menghidapi, atau menerima sebarang rawatan untuk yang berikut? Jika ya, sila lengkapkan borang di bawah: / <i>Have you ever suffered from, or been told that you are suffering or have suffered from, or received any treatment for the following? If yes, please complete the form below:</i>				
a) HIV, AIDS, atau sebarang penyakit AIDS yang berkaitan dengannya? <i>HIV, AIDS, AIDS related complex or any other AIDS related condition?</i>				
b) Sawan, gila babi, sering sakit kepala, pengsan, sklerosis berganda, lumpuh, sakit otak, sakit jiwa atau minda yang tidak normal? <i>Fits, epilepsy, recurrent dizziness or headaches, fainting, multiple sclerosis, paralysis, mental or nervous disorder or any abnormalities of the brain?</i>				
c) Gangguan dalam perut, usus, hati, pundi hempedu atau sistem penghadaman, Jangkitan Hepatitis B atau C, alkoholisme, hepatitis fulminant, kolik? <i>Any disorder of the stomach, intestines, liver, gallbladder, pancreas or digestive system, Hepatitis B or C infection, alcoholism, fulminant hepatitis, colics?</i>				
d) Penyakit sendi-sendi atau sengal tulang/bisa-bisa tulang, sakit belakang atau sebarang penyakit otot atau tulang sendi? <i>Rheumatism, arthritis, gout or disorder of the muscle or bones, spine, back or joints?</i>				
e) Kanser, tumor atau sebarang jenis ketumbuhan, gumpalan pada buah dada, sista/cecair di dalam organ, bengkak kelenjar atau penyakit kulit yang serius? <i>Cancer, tumour, growth, lump in your breast, cyst, enlarged glands or skin disorder?</i>				
f) Sakit dada, sesak nafas, ketidakselesaan untuk bernafas, jantung berdebar, serangan jantung, tekanan darah tinggi atau rendah, angin ahmar, demam rheumatik, pitam, gangguan pembuluh darah, sebarang penyakit berkaitan darah atau penyakit berkaitan jantung atau penyakit arteri jantung? <i>Chest pains, breathlessness, discomfort or tightness, heart attack, palpitation, high or low blood pressure, stroke, rheumatic fever, anaemia or disorder of the blood or other disease of the heart or blood vessel?</i>				
g) Apa-apa penyakit atau gangguan pada mata, telinga, hidung, mulut dan kerongkong? <i>Any disorder of eyes, ears, nose, mouth or throat?</i>				

PENGAKUAN KESIHATAN/ HEALTH DECLARATION	HAYAT YANG DIINSURANSKAN/ LIFE ASSURED		PEMEGANG POLISI/ ASSURED	
	YA/ YES	TIDAK/ NO	YA/ YES	TIDAK/ NO
h) Lelah, bronkitis, pneumonia, pleurisi, paru-paru berair, batuk berterusan atau muntah darah atau gangguan pada saluran pernafasan?/ <i>Asthma, bronchitis, pneumonia, pleurisy, pleural effusion, persistent cough or vomiting of blood or respiratory disorder?</i>				
i) Radang buah pinggang, batu karang, gangguan pada saluran peranakan atau penyakit kelamin atau hernia? <i>Stone or other disorder of kidney, bladder, prostate, reproductive organs or any sexually transmitted diseases or hernia?</i>				
j) Kencing manis, thyroid, air kencing berdarah atau bemanah atau ada albumin? <i>Diabetes, thyroid or other endocrine disorders or albumin in urine?</i>				
k) Sebarang penyakit tuberkulosis, malaria atau penyakit tropikal? <i>Tuberculosis of any kind, malaria or tropical disease of any kind?</i>				
l) Lain-lain penyakit dan/atau mana-mana keadaan lain yang tidak disebut di atas? / <i>Any other illness, disorder and/or any other circumstances not mentioned above?</i>				
19) Adakah anda sedang menunggu keputusan ujian untuk sebarang perubatan dan/atau ujian fizikal atau sebarang pemeriksaan sepanjang 12 bulan akan datang berhubung sebarang keadaan perubatan? Jika "ya" sila berikan maklumat berikut (Tarikh ujian/pemeriksaan/ Nama Hospital / Klinik/ No rujukan Hospital / Klinik/ Tujuan rawatan./ <i>Are you awaiting result for any medical and/or physical test or any check-up during the next 12 months in relation to any medical condition? If "yes" please provide following details (Date of test/check-up/ Hospital / Clinic name/ Hospital / Clinic reference no/ Purpose of the treatment).</i>				
20) Adakah anda sedang mengambil ubat-ubatan yang ditetapkan, ubat-ubatan, suntikan, tablet, diet atau menerima penjagaan perubatan atau rawatan untuk sebarang perubatan atau keadaan psikiatri? Jika "ya" sila berikan maklumat berikut. (Nama ubat/ Tujuan perubatan/ Jenis rawatan/ Nama Hospital / Klinik/ No rujukan Hospital / Klinik/ <i>Are you currently taking prescribed drugs, medicines, injections, tablets, diet or receiving medical care or treatment for any medical or psychiatric condition? If "yes" please provide following details (Name of medicine/ Purpose of the medication/ Type of treatment/ Hospital / Clinic name/ Hospital / Clinic reference no).</i>				
21) Mempunyai penyakit lain atau keadaan perubatan yang memerlukan rawatan lebih dari 7 hari (Jenis rawatan/ Nama Hospital / Klinik/ No rujukan Hospital / Klinik/ Tarikh dan Tujuan rawatan)/ <i>Had any other illness or medical condition lasting or requiring treatment for more than 7 days (Type of treatment/ Hospital / Clinic name/ Hospital / Clinic reference no/ Date and Purpose of the treatment</i>				
22) Adakah sebarang pembedahan telah dirancang atau sedang dipertimbangkan? Jika "ya" sila berikan maklumat berikut. (Bulan / Tahun/ Nama Hospital / Klinik/ No rujukan Hospital / Klinik/ Tujuan pembedahan)/ <i>Is any surgery / operation planned or being considered? If "yes" please provide following details(Month / Year/ Hospital / Clinic name/ Hospital / Clinic reference no/ Purpose of the surgery/operation)</i>				
23) Pernah menghadiri atau dimasukkan ke mana-mana hospital atau klinik atau menjalani sebarang ujian atau pemeriksaan pakar termasuk yang bersifat rutin atau kecil dalam tempoh lima (5) tahun yang lepas? (Tarikh memasuki atau kehadiran/ Nama Hospital / Klinik/ No rujukan Hospital / Klinik/ Tarikh dan Tujuan rawatan/ Tarikh permulaan rawatan / terapi/ Tarikh tamat rawatan/terapi / <i>Ever attended or admitted to any hospital or clinic or had any specialist tests or examinations including those of a routine or minor nature in the last five (5) years?(Admission or attended date/ Hospital / Clinic name/ Hospital / Clinic reference no/ Date and Purpose of the treatment/ Date treatment / therapy started/ Date treatment / therapy ceased)</i>				
24) Adakah anda masih menerima rawatan atau di awah jagaan doktor atau mengambil ubat atau menunggu pembedahan, X-Ray, atau sebarang pemeriksaan rapi atau ujian? Jika ya, sila beri keterangan lengkap./ <i>Are you currently receiving medical treatment or under medical care or under medication or awaiting any medical, surgical, X-ray or other special investigation test? If yes, give details</i>				
25) Adakah ibu, bapa, adik-beradik anda menghidap atau meninggal dunia akibat kanser, kencing manis, darah tinggi, angin ahmar, penyakit buah pinggang, penyakit jantung, sakit jiwa atau apa-apa jenis penyakit sejak lahir atau sebarang keadaan yang berkaitan dengan AIDS? Jika ya, sila beri keterangan lengkap. (Persaudaraan dengan Hayat Yang Diinsuranskan/ Diagnosis atau jenis penyakit/ Umur ketika diagnosis/ Umur pada tarikh kematian/ <i>Has your mother, father, brother, sister ever suffered from or died of cancer, diabetes, hypertension, stroke, kidney disease, heart disease, nervous disorder, mental disease, hereditary / congenital disease or any AIDS related condition? If yes, please provide full details (Relationship with Life Assured/ Diagnosis or nature of illness/ Age at time of diagnosis/ Age at death)</i>				
26) Pendedahan Prosiding Undang-undang: Adakah anda sedang atau pernah menghadapi sebarang prosiding undang-undang termasuk difailkan untuk muflis? Jika ya, sila beri keterangan lengkap./ <i>Legal Proceedings Disclosure: Are you currently facing or have you ever had any legal proceedings including bankruptcy filed against you? If yes, please provide full details.</i>				
UNTUK WANITA SAHAJA/ FOR FEMALES ONLY: -				
27) Adakah anda hamil sekarang?/ <i>Are you now pregnant?</i>				
a) Jika ya, berapa bulan?/ <i>If yes, how many months?</i>	_____ Months			
28) Pernahkah anda mengalami keguguran, kerumitan bersalin, pembedahan caesarian atau sebarang kerumitan semasa hamil dahulu? <i>Have you ever had a miscarriage, difficulty during labour, caesarian section or any other complications in previous pregnancies?</i>				
29) Pernahkah anda menjalani Pap Smear, mammogram buah dada, atau sebarang ujian pemeriksaan buah dada, sebarang ujian pemeriksaan darah untuk risiko kanser, ultrasound dan/atau imbasan yang didapati tidak normal atau anda dinasihati supaya mengulangi ujian tersebut dalam tempoh 6 bulan? Jika ya, sila beri keterangan lengkap. <i>Have you had a Pap smear test, Breast Mammogram, other breast screening tests, any blood test screening for cancer risk, ultrasounds and/or scans which was found to be abnormal or advised to repeat the relevant test within 6 months? If yes, please provide full details</i>				

SEKSYEN 4/ SECTION 4: UNTUK HAYAT YANG DIINSURANSKAN BERUMUR SATU (1) TAHUN & KE BAWAH/ FOR LIFE ASSURED ONE (1) YEAR & BELOW

PENGAKUAN KESIHATAN/ HEALTH DECLARATION	YAI/ YES	TIDAK/ NO
1) Adakah umur anak anda sekarang kurang daripada satu (1) tahun. / <i>Is your child less than one (1) year old?</i>		
a) Jika ya, adakah anak tersebut dilahirkan tidak cukup bulan? / <i>If yes, was the child born premature?</i>		
b) Jika ya, berat badan ketika dilahirkan? / <i>If yes, weight of child at birth?</i>	Berat/ Weight: _____KG	

Sekiranya sebarang jawapan di atas adalah "YA", sila nyatakan No. Soalan dan berikan butir-butir di dalam ruangan dibawah./ *If any of the above answer(s) is/are "YES", please indicate the Question No. and provide full relevant details of the same in the designated space below.*

Saya/ Kami dengan ini mengakui bahawa saya / kami telah membaca permohonan atau telah diterangkan kepada saya/ kami dan jawapan yang diberikan di dalam permohonan adalah jawapan saya/ kami dan saya/ kami mengakui bahawa jawapan di atas adalah lengkap dan benar, dan saya/ kami bersetuju bahawa akuan ini dan jawapan yang diberikan akan menjadi pengembalian semula polisi yang dicadangkan. / *I/ We hereby declare that I/ we have read the application or the same was interpreted to me/ us and the answers entered in the application are mine/ ours and I/ we hereby warrant and certify each of the above answers to be fully complete, accurate and true, and I/ we agree that they shall be taken as the basis of the proposed reinstatement.*

Saya/ Kami telah memberikan kepada ejen tiada lain maklumat berkenaan dengan borang cadangan ini, melainkan yang bertulis atau yang dilampirkan bersamaan dengan permohonan ini. / *And I/we have given to your agent no other information in connection with this application form, except that written on or attached to this application form.*

Saya/ Kami membenarkan mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans, organisasi atau institusi yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang diri atau kesihatan saya/ kami untuk menyatakan sebarang informasi tentang saya/ kami kepada Syarikat atau wakilnya mengenai kesihatan dan sejarah perubatan saya / kami dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan atau penyakit dan saya/ kami membenarkan Syarikat dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan apa-apa maklumat kepada mana-mana pihak yang dirasakan wajar. Salinan pemberian kuasa ini adalah sama dan diperakui sah seperti dokumen asalnya. / *I/ We hereby authorize any physician, hospital, clinic, insurance company, organization or institutions, that has any records or knowledge of me/us or my/our health, to disclose to the Company or its representative any information about me/us, my/our health and medical history and any hospitalization, advice, treatment, disease or ailment, and I/we authorize the Company and its representative to give and release any such information to any party it deems appropriate. A photocopy of this authorization shall be as effective and valid as the original.*

Saya/ Kami, bersetuju, mengizinkan dan membenarkan Syarikat untuk memproses data peribadi saya dengan niat untuk memeterai perjanjian, selaras dengan peruntukan Akta Perlindungan Data Peribadi 2010. Saya/ Kami, memahami dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang diambil atau dipegang oleh Syarikat (samaada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh dipegang, digunakan, diproses dan didedahkan oleh Syarikat kepada individu dan / atau organisasi yang berhubung dengan dan berkaitan dengan Syarikat atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk institusi perubatan, penginsurans semula, penyelaras tuntutan/ penyiasat, peguam, persatuan industri, pengawal selia, badan-badan berkanun dan pihak berkuasa kerajaan) bagi tujuan memproses permohonan ini dan memberi perkhidmatan berikutnya untuk produk ini dan produk kewangan yang lain dan untuk berhubung dengan saya/ kami untuk tujuan berkenaan. / *I/ We, agree, consent and allow the Company to process my personal data with the intention of entering into a contract of Insurance, in compliance with the provisions of the Personal Data Protection Act 2010. I/ We, understand and agree that any personal information collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used, processed and disclosed by the Company to individuals and/or organizations related to and associated with the Company or any selected third party (within or outside Malaysia, including medical institutions, reinsurers, claim adjusters/ investigators, solicitors, industry associations, regulators, statutory bodies and government authorities) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this and other financial products and services and to communicate with me/us for such proposes.*

Saya/ Kami faham bahawa saya / kami berhak memperoleh akses kepada, dan memohon sebarang maklumat peribadi yang dipegang oleh Syarikat berkenaan dengan saya/ kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat pada mana-mana Ibu Pejabat atau mana-mana Cawangan Syarikat. Selaras dengan peruntukan Akta Perlindungan Data Peribadi 2010, saya/ kami boleh menghubungi Pusat Khidmat Pelanggan di 03-7652 3388 untuk maklumat data peribadi saya/ kami. Maklumat tersebut hanya akan diberikan selepas pengesahan. / *I/ We understand that I/We have a right to obtain access to and to request correction of any personal information held by the Company concerning me/us. Such request can be made to any of the Company's Head or Branch Office. In accordance with the provisions of the Personal Data Protection Act 2010, I/ We may contact the Customer Service Centre at 03-7652 3388 for the details of my /our personal data. Such information shall only be granted upon verification.*

PENGESAHAN/ ACKNOWLEDGEMENT

Ditandatangani di/ Signed at _____ pada/ on _____, bulan/ day of month _____ 20/ 20 _____
Tempat/ Place Tarikh/ Date Bulan/ Month Tahun/ Year

Tandatangan Hayat yang Diasuranskan
Signature of Life Assured

Tandatangan Asured / Pencadang / Pembayar
Signature of Assured / Proposer / Payer

Tandatangan Saksi
Signature of Witness

Nama/ Name : _____
No Surat Beranak/ No. KP./ : _____
No. KP./ BC/ NRIC No. : _____
No Tel Bimbit./ Mobile No. : _____

Nama/ Name : _____
No. KP./ NRIC No. : _____
No Tel Bimbit./ Mobile No. : _____

Nama/ Name : _____
No. KP./ NRIC No. : _____
No Tel Bimbit./ Mobile No. : _____
Alamat/ Address : _____

Pihak Syarikat berhak untuk meminta perubahan tambahan dari yang disebutkan di atas, dan perbelanjaan akan ditanggung oleh pemohon./ The Company reserves the right to request for further medical requirements in addition to the ones mentioned above, and expenses will be borne by the applicant.

Terma dan Syarat-syarat/ Terms & Conditions

- 1) Polisi yang luput tidak akan dikuatkuasakan semula sepenuhnya melainkan cadangan penguatkuasaan semula telah diluluskan dengan sepatutnya, semua premium yang perlu dibayar kepada Syarikat telah diterima dan pemberitahuan telah diberi oleh Syarikat./ *A lapsed policy is not effectively reinstated until the reinstatement application has been duly approved, all premiums due to the Company have been received and notification has been given by the Company*
- 2) Penerimaan bayaran premium untuk menguatkusakan semula polisi yang luput oleh mana-mana ejen dan / atau pegawai Syarikat, sama ada resit telah dikeluarkan atau tidak, bukan bererti Syarikat menerima cadangan untuk meluluskan atau menguatkusakan semula polisi yang luput./ *Acceptance of premium payment to reinstate a lapse policy by any agent and / or office of the Company, whether or not a receipt is issued, shall amount to acceptance of the Company to approve and reinstate the lapsed policy.*
- 3) Penguatkuasaan semula polisi yang luput tertakluk kepada hak mutlak Syarikat. Cadangan penguatkuasaan semula akan diluluskan selepas bukti boleh diinsuranskan yang memuaskan telah diterima./ *The reinstatement of a lapsed policy is subject to the absolute discretion of the Company. The reinstatement application will be approved upon satisfactory evidence of insurability.*
- 4) Syarikat tidak menanggung sebarang risiko atau liabiliti atau apa saja semasa polisi ini luput./ *The Company is not at any risk or liability whatsoever while the policy is lapsed.*
- 5) Ia diisytiharkan dan dipersetujui dengan jelas bahawa berhubung dengan mana-mana polisi yang dikuatkuasakan semula, tarikh berkuat kuasa bagi peruntukan (i) Tidak Boleh Dipertikaikan dan Bunuh Diri yang terkandung dalam Hak Istimewa dan Syarat polisi ini dan (ii) Tempoh Menunggu yang dinyatakan dalam polisi atai rider, akan bermula dari tarikh polisi dikuatkuasakan semula oleh Syarikat./ *It is expressly declared and agreed that in respect of any reinstated policy, the effective date of the (i) Indisputability and Suicide provisions contained in the Privilege and Conditions of the policy and (ii) Waiting Period stipulated in the policy or riders, shall commence from the date the policy is reinstated by the Company.*

**PERHATIAN/ ATTENTION: PENGUATKUASAAN SEMULA POLISI INI TERTAKLUK KEPADA TERMA-TERMA DAN SYARAT-SYARAT YANG DINYATAKAN DI ATAS/
THIS REINSTATEMENT IS SUBJECT TO THE TERMS AND CONDITIONS STATED ABOVE**