

LIFE TO BE ASSURED / ORANG YANG AKAN DIINSURANSKAN

NRIC number (new) / Nombor kad pengenalan (baharu)

2 2 1 2 2 1 - 3 2 - 1 2 3 4

Other identification number / Nombor pengenalan lain

Date of birth / Tarikh lahir

2 1 - 0 1 - 1 9 7 0

Gender / Jantina

☒ Male / Lelaki ☐ Female / Perempuan

Marital status / Status perkahwinan

☒ Single / Bujang ☐ Married / Berkahwin ☐ Divorced / Berceraai ☐ Widowed / Balu

Race / Kaum

☒ Malay / Melayu ☐ Chinese / Cina ☐ Indian / India ☐ Others / Lain-lain

Nationality / Kewarganegaraan

☒ Malaysian / Malaysia ☐ Others / Lain-lain

Correspondence address / Alamat surat-menyurat

In Malaysia

Postcode / Paskod 1 2 3 4 5

Country / Negara

Malaysia

Residential address (if different from correspondence address) / Alamat rumah (jika lain dari alamat surat-menyurat)

Postcode / Paskod

Country / Negara

Phone number / Nombor telefon

a. **Mobile telephone number / Nombor telefon bimbit**

0 1 2 - 3 4 5 6 7 8 9

b. **Residence telephone number / Nombor telefon kediaman**

0 1 1 - 1 2 3 4 5 6 7 8

c. **Office telephone number / Nombor telefon pejabat**

0 1 1 - 1 2 3 4 5 6 7 8

Email / Emel

e m a s i l @ t e s t . c o m

PROPOSER (if different from life to be assured) /

PENCADANG (jika lain dari orang yang akan diinsuranskan)

NRIC number (new) / Nombor kad pengenalan (baharu)

Other identification number/Business registration number / Nombor pengenalan lain/Nombor pendaftaran perniagaan

Date of birth / Tarikh lahir

D D - M M - Y Y Y Y

Gender / Jantina

☐ Male / Lelaki ☐ Female / Perempuan

Marital status / Status perkahwinan

☐ Single / Bujang ☐ Married / Berkahwin ☐ Divorced / Berceraai ☐ Widowed / Balu

Race / Kaum

☐ Malay / Melayu ☐ Chinese / Cina ☐ Indian / India ☐ Others / Lain-lain

Nationality / Kewarganegaraan

☐ Malaysian / Malaysia ☐ Others / Lain-lain

Correspondence address / Alamat surat-menyurat

Postcode / Paskod

Country / Negara

Residential address (if different from correspondence address) / Alamat rumah (jika lain dari alamat surat-menyurat)

Postcode / Paskod

Country / Negara

Phone number / Nombor telefon

a. **Mobile telephone number / Nombor telefon bimbit**

b. **Residence telephone number / Nombor telefon kediaman**

c. **Office telephone number / Nombor telefon pejabat**

Email / Emel

Your policy/certificate will be sent to your email address stated above. You may also refer to your policy/certificate details anytime via our client portal sunaccess.sunlifemalaysia.com/portal-ui/CUSTOMER/login. If there is no valid email address provided, your policy/certificate will be mailed to your correspondence address. / Polisi/sijil anda akan dihantar kepada emel anda seperti di atas. Anda juga boleh merujuk kepada butiran polisi/sijil anda pada bila-bila masa melalui sunaccess.sunlifemalaysia.com/portal-ui/CUSTOMER/login. Jika tiada emel sah diberi, polisi/sijil anda akan dihantar ke alamat surat-menyurat anda.

Please select the preferred language for your policy/certificate. / Sila pilih bahasa yang dikehendaki untuk polisi/sijil anda.

☐ English / Bahasa Inggeris

☐ Malay / Bahasa Melayu

If there is no preference selected, your policy/certificate will be in English. / Jika tiada pilihan dibuat, Bahasa Inggeris akan digunakan untuk polisi/sijil anda.

Monthly income / Pendapatan bulanan

R M 2 0 0 0

Occupation / Pekerjaan

J o b

Monthly income / Pendapatan bulanan

R M

Occupation / Pekerjaan

LIFE TO BE ASSURED / ORANG YANG AKAN DIINSURANSKAN

Exact duties / Tanggungjawab sebenar

J o b

Nature of business / Jenis perniagaan

I n s u r a n c e

Name and address of business / Nama dan alamat perniagaan

I n M a l a y s i a

Postcode /
Poskod

1 2 3 4 5

Country / Negara

M a l a y s i a

**PROPOSER (if different from life to be assured) /
PENCADANG (jika lain dari orang yang akan diinsuranskan)**

Exact duties / Tanggungjawab sebenar

Nature of business / Jenis perniagaan

Name and address of business / Nama dan alamat perniagaan

Postcode /
Poskod

Country / Negara

Relationship to life to be assured / Hubungan dengan orang yang akan diinsuranskan

☐ Spouse /
Pasangan☐ Parent /
Ibu bapa☐ Others /
Lain-lain**PAYOR (if different from proposer/life to be assured) / PEMBAYAR (jika lain daripada pencadang/orang yang akan diinsuranskan)**☐ Mr. /
Encik☐ Madam /
Puan☐ Miss /
Cik☐ Others /
Lain-lainFull name (as shown in NRIC)/Name of business /
Nama penuh (seperti dalam kad pengenalan)/Nama perniagaan

NRIC number (new) / Nombor kad pengenalan (baharu)

Other identification number/Business registration number /
Nombor pengenalan lain/Nombor pendaftaran perniagaan

Date of birth / Tarikh lahir

D D - M M - Y Y Y Y

Gender / Jantina

☐ Male /
Lelaki☐ Female /
Perempuan

Marital status / Status perkahwinan

☐ Single /
Bujang☐ Married /
Berkahwin☐ Divorced /
Bercera☐ Widowed /
Balu

Race / Kaum

☐ Malay /
Melayu☐ Chinese /
Cina☐ Indian /
India☐ Others /
Lain-lain

Nationality / Kewarganegaraan

☐ Malaysian /
Malaysia☐ Others /
Lain-lain

Contact number / Nombor telefon

Correspondence address / Alamat surat-menyurat

Postcode /
Poskod

Country / Negara

Residential address (if different from correspondence address)/Business address /
Alamat rumah (jika lain dari alamat surat-menyurat)/Alamat perniagaanPostcode /
Poskod

Country / Negara

Occupation / Pekerjaan

Nature of business / Jenis pekerjaan/perniagaan

Name of employer / Nama majikan

Relationship to proposer (must be one of the following) /

Hubungan kepada pencadang (mesti pilih salah satu hubungan berikut)

☐ Spouse / Pasangan☐ Parent in-law / Ibu bapa mertua☐ Parent / Ibu bapa☐ Legal guardian / Penjaga sah☐ Sibling / Abang/Kakak/Adik☐ Son/Daughter / Anak☐ Grandparent / Datuk/Nenek☐ Employer / Majikan

Purpose of transaction / Tujuan transaksi

☐ For premium payment / Bagi pembayaran premium

SECTION B: PLAN DETAILS / SEKSYEN B: BUTIRAN PELAN

a. Basic Plan / Pelan Asas

Plan name / Nama pelan	Term (year) / Tempoh (tahun)	Sum assured (RM) / Jumlah yang diinsuranskan (RM)	Instalment premium (RM) / Premium ansuran (RM)	Scheduled Top-Up (if any) / Premium penambahan berjadual (jika ada)
SomePlan	5	50000	200	

b. Rider (if any) / Rider (jika ada)

Product code / Kod produk	Rider name / Nama rider	Term (year) / Tempoh (tahun)	Sum assured (RM) / Jumlah yang diinsuranskan (RM)	Instalment premium (RM) / Premium ansuran (RM)
Service tax, if any / Cukai perkhidmatan, jika ada				
Total instalment premium payable (inclusive of any service tax) / Jumlah premium ansuran perlu dibayar (termasuk sebarang cukai perkhidmatan)				0.00

Should you participate in any unit deducting riders, please provide your consent below. / Sekiranya anda menyertai sebarang rider penolakan unit, sila berikan persetujuan anda di bawah.

In the event of non-payment of premiums i.e. premium break/holiday (choose one only) / Sekiranya premium tidak dibayar iaitu pemberhentian/cuti premium (sila pilih satu sahaja)

☐ continue my optional rider(s)' coverage by deducting the rider(s)' cost of insurance from my investment account, if available. / meneruskan perlindungan rider (rider-rider) pilihan saya dengan memotong kos insurans bagi rider (rider-rider) dari akaun pelaburan, sekiranya ada.

☐ discontinue my optional rider(s) coverage. / memberhentikan perlindungan rider (rider-rider) pilihan saya.

Guaranteed Cash Payments Option (applicable for universal life plans only) / Pilihan Bayaran Tunai Terjamin (terpakai untuk pelan hayat universal)

☐ **Cash Payout Option / Pilihan Bayaran Tunai**
This option allows the Company to pay all guaranteed cash payments. / Pilihan ini membolehkan pihak Syarikat membayar semua bayaran tunai terjamin.

☐ **Cash Accumulation Option / Pilihan Pengumpulan Tunai**
This option allows the Company to accumulate all guaranteed cash payments with interest to be declared from time to time. / Pilihan ini membolehkan pihak Syarikat mengumpulkan semua bayaran tunai terjamin dengan faedah yang akan diisytiharkan dari semasa ke semasa.

PREMIUM DIRECTION / ARAH PREMIUM

(Applicable for Investment-linked Insurance Plan only / Terpakai untuk Pelan Insurans Berkaitan-Pelaburan sahaja)

Note: Percentage for each fund must be in multiples of 5%. The total percentage of all funds must be 100%. / Nota: Peratusan bagi setiap dana hendaklah dalam gandaan 5%. Jumlah peratusan bagi semua dana mestilah 100%.

NAME OF INVESTMENT-LINKED FUND / NAMA DANA BERKAITAN-PELABURAN	PREMIUM DIRECTION / ARAH PREMIUM	NAME OF INVESTMENT-LINKED FUND / NAMA DANA BERKAITAN-PELABURAN	PREMIUM DIRECTION / ARAH PREMIUM
1.	%	7.	%
2.	%	8.	%
3.	%	9.	%
4.	%	10.	%
5.	%	11.	%
6.	%	12.	%
		TOTAL / JUMLAH	0 %

PURPOSE OF TRANSACTION / TUJUAN TRANSAKSI

<input type="checkbox"/> Insurance/Medical coverage / Perlindungan insurans/perubatan	<input type="checkbox"/> Others / Lain-lain
------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------

SECTION C: PREMIUM PAYMENT/PAYOUT DETAILS / SEKSYEN C: BUTIRAN PEMBAYARAN PREMIUM/BAYARAN

PREMIUM DETAILS / BUTIRAN PREMIUM

Payment Frequency / Kekerapan Pembayaran

☒ Monthly /
Bulanan ☐ Quarterly /
Suku tahunan ☐ Half yearly /
Setengah tahunan ☐ Annually /
Tahunan ☐ Single premium /
Premium tunggal

Initial payment method /
Cara pembayaran untuk bayaran permulaan

<input checked="" type="checkbox"/> Cash* / Tunai*	<input type="checkbox"/> Cheque** / Cek**
<input type="checkbox"/> Credit card / Kad kredit	<input type="checkbox"/> Debit card / Kad debit

Recurring payment method (if applicable) /
Cara pembayaran untuk bayaran berulang (jika berkenaan)

☒ Credit card / Kad kredit ☐ Debit card / Kad debit

☐ Direct debit*** / Debit terus***

^a Cash refers to direct bank-in of payments over the counter at the bank or electronic fund transfers. / Tunai adalah merujuk kepada pembayaran terus di kaunter bank atau pemindahan dana elektronik.

**** Cheque refers to direct bankin of payments over the counter at the bank. / Cek adalah meruiuk kepada pembayaran terus di kaunter bank.**

*** For direct debit, please fill in the Application for Direct Debit Service Form. / Untuk debit terus, sila isi Borang Permohonan Perkhidmatan Debit Terus.

CREDIT CARD/DEBIT CARD DETAILS / BUTIRAN KAD KREDIT/KAD DEBIT

Credit card/debit card type (tick one only) / Jenis kad kredit/kad debit (tandaikan satu sahaja)

☒ VISA ☐ MASTERCARD

Card expiry date /
Tarikh luput kod

0	2	2	5
---	---	---	---

Month / Bulan Year / Tahun

Credit card/debit card number / Number kod kredit/kod debit

1	2	3	4	-	5	6	5	6	-	6	5	4	3	-	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Card issuing bank / Bank pengeluar kad

Malayan Bank

Name of credit card/debit card holder / Nama pemegang kad kredit/kad debit

C	u	s	t	o	m	e	r
---	---	---	---	---	---	---	---

PAYOUT DETAILS / BUTIRAN BAYARAN

Any amount payable/refundable to you for any reason under this policy/certificate will be done via e-payment. You are required to complete the following information: / Sebarang amount yang perlu dibayar/dibayar balik kepada anda atas apa-apa sebab di bawah polisi/sijil ini akan dibuat melalui e-pembayaran. Anda dikehendaki melengkapi maklumat berikut:

Name of account holder (must be the same name as the proposer) / Nama pemegang akaun (mesti sama dengan dengan nama pencadangan)

[illegible]

Name of bank / Nama bank

M	a	i	v	a	n
B	a	n	k		

Bank account number / Nomor akaun bank

1	2	3	4	5	6	7	8	9	8	7	6	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

SECTION D: HEALTH QUESTIONNAIRES / SEKSYEN D: SOAL SELIDIK KESIHATAN

Please tick (✓) "Yes" or "No". If you have answered YES to any of the questions below, please provide full details (including medical conditions, date of diagnosis and duration, treatment prescribed, nature of test done with the dates, name and address of doctor, result, if any) at the answer column provided below or in a separate sheet. / Sila tandai (✓) "Ya" atau "Tidak". Sekiranya anda menjawab YA untuk mana-mana soalan di bawah, sila nyatakan butirannya (termasuk keadaan perubatan, tarikh diagnosis dan tempoh, rawatan yang ditetapkan, jenis ujian yang dilakukan dengan tarikh, nama dan alamat doktor, keputusan, sekiranya ada) di kotak jawapan yang disediakan di bawah atau di dalam helaian lain.

Life to be assured /
Orang yang akan
diinsuranskan

Proposer (If to be insured under any applicable riders) /
Pencadang
(jika akan dinsuranskan di bawah mana-mana rider-rider yang berkenaan)

1. Please provide your height and weight. / Sila berikan ketinggian dan berat anda.

Height / Tinggi	1	2	3	cm
Weight / Berat		5	4	kg

	Life to be assured / Orang yang akan dinsuranskan	Proposer (If to be insured under any applicable riders) / Pencadang (jika akan dinsuranskan di bawah mana-mana rider-rider yang berkenaan)		
	Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak
2. Do you smoke cigarettes or e-cigarettes in the last 12 months? If yes, how many cigarettes per day or have you ever been advised to stop smoking by a medical doctor? If yes, please provide full details. / Adakah anda merokok dalam tempoh 12 bulan lepas? Jika ya, berapa batang rokok sehari atau pernahkah anda dinasihatkan oleh doktor perubahan supaya berhenti merokok? Jika ya, sila kemukakan butir-butir penuh.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever been diagnosed of or are currently suffering from any illness/disorder/health problems relating to conditions in note (1)? If yes, please provide full details. / Pernahkah anda didiagnosis atau sedang mengalami sebarang penyakit/gangguan/masalah kesihatan yang berkaitan dengan keadaan di nota (1)? Jika ya, sila kemukakan butir-butir penuh. Note 1 / Nota 1 Heart disease, stroke, high blood pressure, chest pain, cancer, cyst/growth/tumour of any kind, diabetes, disorder of eyes/ears/nose/mouth/throat, thyroid disorders, asthma or other respiratory/lung disorders, urinary or kidney problems, hepatitis or liver diseases, blood disorders, mental or nervous disorders, epilepsy, spine/back pain, stomach/intestinal disorders, arthritis/gout/joints problems, organ transplant, dementia, systemic lupus erythematosus (SLE), sexually transmitted diseases, genital or reproductive organ disorders, congenital abnormality, any physical defects or deformities, hereditary disease, terminal illness, drugs or alcohol abuse, any other illness or injury or signs and symptoms of any illness. / Penyakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, sakit dada, kanser, sebarang jenis sista/ketumbuhan/tumor, penyakit kencing manis, gangguan mata/telinga/hidung/mulut/tekak, gangguan tiroid, asma atau lain-lain gangguan pernafasan/paru-paru, masalah pundi dan saluran kencing atau buah pinggang, hepatitis atau penyakit hati, gangguan darah, gangguan mental atau saraf, sawan, sakit sendi/tulang belakang, gangguan perut/usus, masalah artritis/gout/sendi, pemindahan organ, hilang ingatan, lupus eritematosus sistemik (SLE), penyakit yang dijangkiti melalui hubungan seks, gangguan kemaluan atau organ pembiakan, keabnormalan kongenital, sebarang kecacatan fizikal atau ketidakupayaan, penyakit keturunan, penyakit serius tahap terakhir, penyalahgunaan dadah atau alkohol, sebarang penyakit atau kecederaan yang lain atau tanda-tanda dan gejala-gejala bagi sebarang penyakit.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. In the past 5 years, have you ever had or are you currently receiving or intending to seek medical, surgical advice, treatment or investigations relating to conditions in note (2)? If yes, please provide full details. / Dalam tempoh 5 tahun lepas, pernahkah anda menerima atau sedang menerima atau akan menerima perubatan, nasihat pembedahan, rawatan atau pemeriksaan yang berkaitan dengan keadaan di nota (2)? Jika ya, sila kemukakan butir-butir penuh. Note 2 / Nota 2 Illness, injury, accident, operation, medical check-up, medical advice, hospital treatment or diagnostic test eg. blood or urine test, X-ray, Electrocardiogram (ECG), Echocardiogram, Mammogram, CT scan, biopsy or any other test. / Penyakit, kecederaan, kemalangan, pembedahan, pemeriksaan perubatan, nasihat perubatan, rawatan hospital atau ujian diagnostik seperti ujian darah atau air kencing, X-ray, Elektrokardiogram (ECG), Ekokardiogram, Mamografi, imbasan CT, biopsi atau apa-apa ujian lain.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reasons for medical consultations / Sebab untuk konsultasi perubatan	Type of investigations & treatments / Jenis pemeriksaan & rawatan	Date & results of investigations/consultations/treatment/hospitalizations / Tarikh & keputusan pemeriksaan/konsultasi/rawatan/kemasukan ke hospital	Full name & address of doctors/clinic/hospitals consulted / Nama penuh & alamat doktor/klinik/hospital	
5. Have you ever engaged in or intend to engage in flying (other than as a fare paying passenger on a scheduled air route), scuba diving, motor-racing, mountain/rock climbing, free fall parachuting, sky diving or any other hazardous sports, occupations or pursuit? If yes, please provide full details. / Pernahkah anda melibatkan diri atau bercadang untuk melibatkan diri dalam penerbangan (selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam penerbangan yang berjadual), selam skuba, lumba kereta, pendakian gunung/batuan, aktiviti payung terjun bebas, terjun udara atau sebarang sukan, pekerjaan atau aktiviti-aktiviti yang berbahaya? Jika ya, sila kemukakan butir-butir penuh.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F l y i n g				

