

E-Reference No : RN13061405033513

<input checked="" type="checkbox"/> Agency	<input type="checkbox"/> Bancassurance	<input type="checkbox"/> Direct	<input type="checkbox"/> Staff	<input type="checkbox"/> Joint Field Work(JFW)
		<input type="checkbox"/> Entrepreneur Agency	<input checked="" type="checkbox"/> Share Agent	
Agent's Code & Name	A0047307	HLA Agents		
Agent's Code & Name	A0013420	Swan Sweet Ling		
(For shared case from same direct unit)				
Immediate Leader's Code & Name / HLBB Branch abbr.				
Agent's Contact No. (1st agent)	1234567890	(2nd agent)	010-3579132	
ISO Number		Branch Closed		

Telephone 03-7650 1818
Facsimile 03-7650 1991
Website www.hla.com.my
Customer Service Hotline 03-7650 1288
Customer Service Hotfax 03-7650 1299

IMPORTANT NOTICE / NOTA PENTING

Pursuant to Section 149(4) of the Insurance Act 1996, Malaysia, you are to disclose in this proposal form fully and faithfully all the facts that you know or ought to know, otherwise the Policy issued hereunder may be invalidated.

Menurut Seksyen 149(4) Akta Insurans 1996, Malaysia, anda adalah dikehendaki memberi segala maklumat dan fakta yang anda tahu atau sepatutnya tahu dengan sepenuhnya dan dengan ikhlas, jika tidak, Polisi yang dikeluarkan mungkin tidak sah.

PROPOSAL FORM FOR LIFE INSURANCE / BORANG PERMOHONAN BAGI INSURANS HAYAT

PART 1.: PERSONAL DETAILS BAHAGIAN 1.: BUTIR-BUTIR PERIBADI	Life Assured <i>Hayat Diinsuranskan</i> (For subsequent Life Assured please use Supplementary Proposal Form / <i>Bagi Hayat Lain Diinsuranskan sila gunakan Borang Tambahan Permohonan</i>)	Policy Owner if other than the Life Assured (Must be at least 16 years old age for TL plans & 18 years of age for UL plans) <i>Pemunya Polisi jika lain dari Hayat Diinsuranskan (Umur mestilah sekurang-kurangnya 16 tahun untuk pelan-pelan TL dan 18 tahun untuk pelan-pelan UL)</i>
1. Full Name (per IC/BC/Passport) / <i>Nama Penuh (sebagaimana di dalam KP/Sijil Kelahiran/ Pasport)</i>	LIM SUK MUI	TAN AH KAO
2. New IC No. / <i>No. KP Baru</i> Old IC / BC / Passport / Co. Registration No. <i>No KP Lama / Sijil Kelahiran / Pasport / Pendaftaran Syarikat</i>	770101 - 02 - 2222	A12345678
3. Sex / <i>Jantina</i>	<input type="checkbox"/> Male / <i>Lelaki</i> <input checked="" type="checkbox"/> Female / <i>Perempuan</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Male / <i>Lelaki</i> <input type="checkbox"/> Female / <i>Perempuan</i>
4. Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>	01 / 01 / 1977 DD / MM / YYYY HH / BB / TTTT	12 / 02 / 1974 DD / MM / YYYY HH / BB / TTTT
5. Race <i>Bangsa</i>	<input type="checkbox"/> Malay / <i>Melayu</i> <input type="checkbox"/> Indian / <i>India</i> <input checked="" type="checkbox"/> Chinese / <i>Cina</i> <input type="checkbox"/> Others / <i>Lain-lain</i>	<input type="checkbox"/> Malay / <i>Melayu</i> <input type="checkbox"/> Indian / <i>India</i> <input checked="" type="checkbox"/> Chinese / <i>Cina</i> <input type="checkbox"/> Others / <i>Lain-lain</i>
6. Nationality <i>Kewarganegaraan</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Malaysian / <i>Rakyat Malaysia</i> <input type="checkbox"/> Others / <i>Lain-lain</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Malaysian / <i>Rakyat Malaysia</i> <input type="checkbox"/> Others / <i>Lain-lain</i>
7. Religion / <i>Agama</i>	<input type="checkbox"/> Muslim / <i>Islam</i> <input checked="" type="checkbox"/> Non Muslim / <i>Bukan Islam</i>	<input type="checkbox"/> Muslim / <i>Islam</i> <input checked="" type="checkbox"/> Non Muslim / <i>Bukan Islam</i>
8. Marital Status / <i>Taraf Perkahwinan</i>	<input type="checkbox"/> Single / <i>Bujang</i> <input type="checkbox"/> Widowed / <i>Janda/Balu</i> <input checked="" type="checkbox"/> Married / <i>Berkahwin</i> <input type="checkbox"/> Divorced / <i>Berceraai</i>	<input type="checkbox"/> Single / <i>Bujang</i> <input type="checkbox"/> Widowed / <i>Janda/Balu</i> <input checked="" type="checkbox"/> Married / <i>Berkahwin</i> <input type="checkbox"/> Divorced / <i>Berceraai</i>
9. Email / <i>Emel</i>		
10. Occupation & Exact Duties <i>Pekerjaan & Tugas</i>	Housewife	Account Manager Accounting
11. (a) Type of Business <i>Jenis Perniagaan</i>		Accounting
(b) Name of Employer <i>Nama Majikan</i>		iSOS
12. Yearly Income (RM) <i>Pendapatan Tahunan (RM)</i>		18,000,000.00
13. Policy Owner's relationship with Life Assured / <i>Hubungan Pemunya Polisi dengan Hayat Diinsuranskan</i> <input type="checkbox"/> Parent / <i>Ibubapa</i> <input checked="" type="checkbox"/> Legal Spouse / <i>Suami Isteri yang sah</i> <input type="checkbox"/> Employer / <i>Majikan</i> <input type="checkbox"/> Others / <i>Lain-lain</i>		

14. (a) Policy Owner's Correspondence Address (must be in Malaysia) / *Alamat surat-menyurat Pemunya Polisi (harus di Malaysia)*
 Tick one / *Tandakan salah satu* ☒ Residence / *Rumah* ☐ Office / *Pejabat*
 (b) Residence Address / *Alamat Rumah* ☒ Own / *Sendiri* ☐ Rented / *Sewa*
 * JLN TAN CHENG LOCK TMN YARL
 KUALA LUMPUR, WILAYAH PERSEKUTUAN, MALAYSIA Postcode / *Poskod* 54000
 (c) Office Address / *Alamat Pejabat*
 OCBC BUILDING STREET 7 SINGAPORE
 SINGAPORE Postcode / *Poskod* SG154

15. Life Assured's Contact Tel No. / *No. Telefon Hayat Diinsuranskan* Policy Owner's Contact Tel No. / *No. Telefon Pemunya Polisi*
 Residence / *Rumah* - Residence / *Rumah* 03 - 45678922
 Office / *Pejabat* - Office / *Pejabat* 03 - 54852121
 Mobile / *Tel. Bimbit* - Mobile / *Tel. Bimbit* 012 - 89132542

For juvenile proposed assured, please complete Part 2 / *Untuk permohonan juvenil, sila lengkapkan soalan Bahagian 2*

PART 2 : PARTICULARS OF CONTINGENT OWNER (CO) (optional for juvenile application; CO must be attained age 18 years and above)
BAHAGIAN 2 : BUTIR-BUTIR PEMUNYA KONTINGEN (PK) (tidak diwajibkan untuk permohonan juvenil; PK mestilah sekurang-kurangnya 18 tahun dan ke atas)

1. Full Name (per IC / Passport) *Nama Penuh (sebagaimana di dalam KP / Pasport)*
 2. New IC No. / *No. KP Baru* - -
 Old IC No./*No. KP Lama* / Passport No./*No. Pasport*
 3. Date of Birth *Tarikh Lahir* / / DD / MM / YYYY HH / BB / TTTT
 4. Relationship with Life Assured *Hubungan dengan Hayat Diinsuranskan*
 5. Same address as Policy Owner? / *Alamat sama dengan Pemunya Polisi?* ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
 If no, please state *Jika tidak, sila nyatakan*
 Postcode / *Poskod* State / Country / *Negeri / Negara*
 Telephone No. *No. Telephone* - Mobile / *Tel. Bimbit* -
 E-mail / *E-mel*

PART 3 : DETAILS OF LIFE ASSURANCE APPLIED FOR / BAHAGIAN 3 : BUTIR-BUTIR INSURANS HAYAT YANG DIPOHON

Basic Plan <i>Pelan Asas</i>	Term (years) <i>Tempoh (tahun)</i>	Sum Assured (RM) <i>Jumlah Diinsuranskan (RM)</i>	Modal Premium (RM) <i>Premium Modal (RM)</i>
HLA EverLife	64	63,000.00	1,800.00
RTUO (Basic Acc) / <i>RTUO (Acc Asas)</i>			0.00

Rider(s) for Life Assured <i>Rider untuk Hayat Diinsuranskan</i>				Rider(s) for Policy Owner <i>Rider untuk Pemunya Polisi</i>			
Rider Name <i>Nama Rider</i>	Rider Term <i>Tempoh Rider</i>	Rider Sum Assured <i>Jumlah Diinsuranskan</i>	Premium	Rider Name <i>Nama Rider</i>	Rider Term <i>Tempoh Rider</i>	Rider Sum Assured <i>Jumlah Diinsuranskan</i>	Premium
Critical Illness Waiver of Premium Rider	3	2,552.91	27.57	Living Care Waiver of Premium Rider	5	2,552.91	54.63
HLA Major Medi (HMM_150) (Deductible - 5000)	64		752.91				

RTUO (Rider Acc) / *RTUO (Acc Rider)* :

Service Tax (if applicable) / *Cukai Perkhidmatan (sekiranya terpakai)* :

Total Modal Premium / *Jumlah Premium Modal* : 2,635.11

1. For Venture and Perfect Series only
Untuk Venture dan Perfect Siri sahaja

a. Fund Allocation

Pengagihan Dana (%)

i. HLA Venture Growth Fund	<input type="text"/>
ii. HLA Venture Blue Chip Fund	<input type="text"/>
iii. HLA Venture Dana Putra	<input type="text"/>
iv. HLA Venture Global Fund	<input type="text"/>
v. HLA Venture Managed Fund	<input type="text"/>
vi. HLA Venture Income Fund	<input type="text"/>
vii. HLA Venture Flexi Fund	<input type="text"/>
Others Lain - lain	<input type="text"/>

b. Death / TPD Benefit Choices

*Pilihan faedah atas kematian/kehilangan
keupayaan yang menyeluruh dan kekal*

☐ Level Face (Higher of fund amount or Sum Assured) / *Nilai akaun atau Jumlah yang diinsuranskan yang mana lebih tinggi*

☒ Face Plus (Sum Assured + Fund Amount) / *Nilai akaun + Jumlah yang Diinsuranskan*

☐ Others / *Lain - lain*

c. If there is any excess premium above the Target Premium such excess shall be used for:

Jika terdapat premium yang melebihi premium yang ditentukan, sila gunakan premium itu untuk:

☒ Premium Deposit / *Premium Deposit*

☐ Future Premium / *Premium Masa Hadapan*

☐ Top Up / *Tambahan*

4. Credit Card Details/*Butir-butir Kad Kredit*

Card member Account No:

No Akaun Pemegang Kad:

4444-3333-2222-1111

Card Expiry Date / *Tarikh Tamat Tempoh Kad*

12/2014 MM/YYYY / BB/TTTT

Issued By / *Dikeluarkan oleh:*

Bank Of China

Cardmember's Name / *Nama Pemegang Kad*

Tan Ah Kao

Cardmember's IC:

KP Pemegang Kad: A12345678

☐ Credit Card One Time Payment

☒ Credit Card Standing Instruction

Contact No. / *No Tel:* 012-89132542

Cardmember's relationship to Policy Owner

Perhubungan pemegang Kad dengan Pemunya Polisi:

Self

For premium > RM10,000, please select one option: / *Untuk premium > RM10,000, sila tandakan salah satu:*

☐ Debit upon submission

Potongan dari tarikh penerimaan

☐ Debit upon acceptance of proposal

Potongan dari tarikh permohonan diluluskan

Note / *Nota:*

If no option selected, deduction will be upon submission

Jika tidak ada pilihan, potongan bermula dari tarikh penerimaan

For Perfect Series only / *Untuk Perfect Siri sahaja*

2. Investment Strategy & Investment Period
Strategi Pelaburan & Tempoh Pelaburan

a. Investment Strategy selected

Strategi pelaburan yang dipilih

(Please tick whichever applicable)

Sila tandakan yang mana berkenaan)

i. Very Dynamic ☐

Sangat Dinamik

ii. Dynamic / *Dinamik* ☐

iii. Moderately Dynamic ☐

Sederhana Dinamik

iv. Balanced / *Seimbang* ☐

b. Investment Period

Tempoh Pelaburan

Years / *Tahun*

3 (a) Mode of Payment / *Cara Pembayaran*

☒ Annual / *Tahunan*

☐ Semi-annual / *Setengah Tahun*

☐ Quarterly / *Suku Tahun*

☐ Monthly / *Bulanan*

☐ Single Premium / *Bayaran Tunggal*

(b) Source of Payment / *Sumber Pembayaran*

☐ Cash / Cheque / *Tunai / Cek*

☒ Standing Instruction / *Arahan Tetap*

☐ Credit Card
(Available to selected plans only)

Kad Kredit

(Hanya untuk pelan yang terpilih sahaja)

☐ Autodebit / *Autodebit*

5. For Ever Series Only / *Untuk Ever Siri sahaja*

Funds Allocation / *Pengagihan Dana*

Date range / <i>Tempoh Tarikh</i>		Funds Allocation / <i>Pengagihan Dana (%)</i>							
Start Date <i>Tarikh Permulaan</i>	End Date <i>Tarikh Tamat</i>	HLA EverGreen 2023 Fund	HLA EverGreen 2025 Fund	HLA EverGreen 2028 Fund	HLA EverGreen 2030 Fund	HLA EverGreen 2035 Fund	HLA Secure Fund	HLA Cash Fund	
Commencement Date <i>Tarikh Kuatkuasa</i>	25/11/2030	0.00	0.00	0.00	20.00	10.00	40.00	30.00	
26/11/2030	25/11/2035	0.00	0.00	0.00	0.00	14.00	56.00	30.00	
26/11/2035	Maturity Date <i>Tarikh Kematangan</i>	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	70.00	30.00	

PART 4. : EXISTING LIFE POLICIES / *BAHAGIAN 4. : POLISI INSURANS HAYAT YANG WUJUD*

1. Do you have any existing life, personal accident or critical illness policies with our company or other companies? (Please indicate the name of Life Assured covered under the insurance if necessary)

☒ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

*Adakah anda mempunyai polisi yang sedia ada dengan syarikat kami atau syarikat yang lain?
(Sila sertakan nama Hayat Diinsuranskan jika perlu)*

If "YES", please fill up details as listed below. / *Jika "YA", sila lengkapkan semua butir-butir seperti yang disenaraikan di bawah.*

	Company <i>Nama Syarikat Insurans</i>	Sum Assured / <i>Jumlah Diinsuranskan</i>			Date Issued <i>Tarikh Keluaran</i>
		Life / Term <i>Hayat / Sementara</i>	Accident <i>Kemalangan</i>	Critical Illness <i>Penyakit Kritikal</i>	
Life Assured / <i>Hayat Diinsuranskan</i>	PRU	150,000.00			2010
Policy Owner / <i>Pemunya Polisi</i>					

2. Important Notice / *Maklumat Penting*

It may not be advantageous to replace an existing life insurance with a new one. If you intend to do so, we recommend that you consult your present insurer before making a final decision. / *la mungkin tidak memanfaatkan untuk menggantikan polisi yang sedia ada dengan yang baru. Sila pertimbangkan sekiranya anda masih ingin meneruskannya, kami menasihatkan anda supaya berunding dengan syarikat insurans anda sekarang sebelum membuat sebarang keputusan muktamad.*

a) Do you intend to / *Adakah anda bercadang untuk*

- * Surrender or terminate any or a substantial part of your existing life insurance policy/rider with the application of this new policy/rider? Or / *Menyerah atau menamatkan keseluruhan atau sebahagian daripada polisi/rider insurans hayat yang sedia ada dengan permohonan polisi/rider yang baru ini? Atau*
- * Exercise your right under any Non-Forfeiture Options or Automatic Premium Loan or Extended Term Insurance to pay for the premium of this new policy/rider? Or / *Menggunakan hak anda di bawah Opsyen Keistimewaan Tiada Lucut atau Pinjaman Premium Polisi Automatik atau Insurans Lanjutan Tempoh sebagai pembayaran premium untuk polisi/rider baru ini? Atau*
- * Use your current or accumulated cash dividends/bonuses from existing policy(ies) to pay for the premium of this new policy/rider? / *Menggunakan dividen tunai/bonus semasa atau yang terkumpul daripada polisi yang berkuatkuasa sebagai pembayaran premium untuk polisi/rider baru ini?*

☐ Yes ☐ No
Ya Tidak

Note:- If the answer to question (a) is YES, please complete questions (b) to (d)

Nota:- Jika jawapan bagi soalan (a) adalah Ya, sila jawab soalan-soalan (b) hingga (d)

b) Is there any party who has influenced you to surrender or terminate any or a substantial part of your existing policies/rider? If yes, are you fully satisfied with the explanation given to you? / *Adakah sesiapa atau mana pihak mempengaruhi anda untuk menyerah atau menamatkan keseluruhan atau sebahagian daripada polisi-polisi/rider-rider yang sedia ada sekarang? Jika Ya, adakah anda berpuas hati dengan penjelasan yang diberikan kepada anda?*

☐ Yes ☐ No
Ya Tidak

c) Do you know that by terminating any or a substantial part of your existing policies/riders, you will be entitled to a surrender value which may be less than the total amount of premiums paid by you? / *Adakah anda mengetahui dengan menamatkan keseluruhan atau sebahagian daripada polisi-polisi/rider-rider yang sedia ada akan mengakibatkan anda hanya layak mendapat nilai serahan yang mungkin jauh lebih rendah dari jumlah premium keseluruhan yang telah dijelaskan oleh anda?*

☐ Yes ☐ No
Ya Tidak

d) Do you know that by terminating any or a substantial part of your existing policies/riders, you will not be insured on standard terms or you may have to pay a higher premium in view of your older age? / *Adakah anda mengetahui dengan menamatkan keseluruhan atau sebahagian daripada polisi-polisi/rider-rider yang sedia ada, anda mungkin tidak akan diterima di bawah terma standard atau anda mungkin dikehendaki membayar premium yang lebih tinggi disebabkan oleh umur anda meningkat?*

☐ Yes ☐ No
Ya Tidak

3. For Traditional Plans Only / *Untuk Pelan Tradisional Sahaja*

Guaranteed Cash Payment/Income Option <i>Opsyen Bayaran Tunai/Pendapatan Terjamin</i>	
a. Withdraw whenever due <i>Pengeluaran selepas genap tempoh</i>	<input type="text"/> %*
b. Keep with the Company/ <i>Disimpan oleh HLA</i>	<input type="text"/> %*
* Total of the 2 must be 100% and in round figures. <i>Jumlah daripada 2 mesti 100% dan dalam angka bulat.</i>	
Cash Dividend/ <i>Dividen Tunai</i> (Tick one/ <i>Tandakan salah satu</i>)	
<input type="checkbox"/> Withdraw whenever due <i>Pengeluaran selepas genap tempoh</i>	
<input type="checkbox"/> Keep with the Company/ <i>Disimpan oleh HLA</i>	

4. For Ever Series Only / *Untuk Siri Ever Sahaja*

Option <i>Opsyen</i>	Guaranteed Cash Payment/ Income <i>Bayaran Tunai/ Pendapatan Terjamin</i>
Withdraw whenever due <i>Pengeluaran selepas genap tempoh</i>	<input type="checkbox"/>
Reinvest * <i>Pelaburan semula *</i>	<input type="checkbox"/>

* 100% of the reinvestment amount will be utilized to purchase units in existing selected HLA EverGreen Funds and HLA Secure Fund proportionately. In the event that all selected HLA EverGreen Funds have matured and HLA Secure Fund is not being selected, 100% of the Guaranteed Cash Payment/ Income will be utilized to purchase units in HLA Cash Fund

* 100% daripada amaun untuk pelaburan semula akan digunakan untuk membeli unit-unit dalam HLA EverGreen Fund yang dipilih dan HLA Secure Fund secara proporsional. Sekiranya semua HLA EverGreen Fund yang dipilih telah matang dan HLA Secure Fund tidak dipilih, 100% Bayaran Tunai/ Pendapatan Terjamin akan digunakan untuk membeli unit-unit dalam HLA Cash Fund.

5. Special Request (Optional) / *Perintah Khas (Pilihan)*

- ☐ Policy Backdating / *Mengebelakangkan Tarikh* DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT
- ☐ Conversion : Sum Assured RM / *Konversi : Jumlah Assured RM* _____
from policy no. / *dari no. polisi* _____

PART 5.: HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE / *BAHAGIAN 5.: BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP*

	Life Assured Hayat Diinsuranskan	Policy Owner Pemunya Polisi
1. (a) What is your present Height & Weight? <i>Berapakah Berat dan Tinggi anda sekarang?</i>	(a) <input type="text" value="150"/> cm <input type="text" value="55"/> kg	(a) <input type="text" value="160"/> cm <input type="text" value="65"/> kg
(b) Has your weight changed by more than 5kg in the past 12 months? If yes, how much and why? <i>Adakah berat anda berubah lebih dari 5kg dalam 12 bulan yang lepas? Jika ya, berapa banyak dan mengapa?</i>	(b) <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <i>Ya Tidak</i>	(b) <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <i>Ya Tidak</i>
	Yes/ <i>Ya</i> No/ <i>Tidak</i>	Yes/ <i>Ya</i> No/ <i>Tidak</i>
2. Do you have a regular Doctor? If yes, please provide name and address of the Doctor. / <i>Adakah anda mempunyai Doktor yang tetap? Jika ya, sila nyatakan nama dan alamat Doktor tersebut.</i>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
3. Do you drink alcohol 3 times or more per week? If yes, please provide the quantity consumed per session. / <i>Adakah anda meminum arak 3 kali atau lebih dalam seminggu? Jika ya, sila nyatakan jumlah pengambilan pada satu masa.</i>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
Life Assured Hayat Diinsuranskan	Beer/Stout <input type="text"/> small bottles <input type="text"/> glasses <input type="text"/> Whiskey/brandy/others <input type="text"/> pgs <i>Bir/Stout botol kecil Wain gelas Wiski/brandi/lain-lain peg</i>	
Policy Owner Pemunya Polisi	Beer/Stout <input type="text"/> small bottles <input type="text"/> glasses <input type="text"/> Whiskey/brandy/others <input type="text"/> pgs <i>Bir/Stout botol kecil Wain gelas Wiski/brandi/lain-lain peg</i>	
4. Do you smoke cigarettes or have you smoked any cigarettes in the past 12 months? If yes, please state details below: / <i>Adakah anda merokok atau adakah anda pernah merokok dalam masa 12 bulan lepas? Jika "Ya", sila nyatakan butir-butir berikut:</i>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Life Assured Hayat Diinsuranskan	<input type="text"/> Cigarettes per day <input type="text"/> Rokok sehari	Policy Owner Pemunya Polisi
	<input type="text" value="5"/> Cigarettes per day <input type="text"/> Rokok sehari	
5. Have you ever used or regularly use any habit-forming drugs, illicit drugs or narcotics? / <i>Pernakah anda mengguna atau mengamalkan tabiat mengambil ubat, ubat yang diharamkan atau dadah?</i>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
6. Do you have or been told to have any physical impairment, congenital abnormality or poor health? <i>Adakah atau pernahkah anda diberitahu mengalami kecacatan fizikal, kecacatan sejak dilahirkan atau tahap kesihatan yang lemah?</i>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
7. Have you ever had, or been told to have or been treated for:- <i>Pernakah anda mengalami, atau diberitahu mengalami atau dirawat untuk:-</i>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(a) Disease of the eyes, ears, nose, mouth or throat? <i>Penyakit mata, telinga, hidung, mulut atau tekak?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(b) Asthma, tuberculosis, respiratory or lung disease? <i>Asma, Batuk Kering, Penyakit respiratori atau paru-paru?</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(c) Discomfort or tightness of chest, chest pains, palpitation, stroke, heart attack, raised cholesterol, high blood pressure, anaemia or disorders or disease of the blood, heart or blood vessels? <i>Ketidakelesaan atau sesak dada, sakit dada, palpitasi, angin ahmar, serangan jantung, kolestrol meningkat, tekanan darah tinggi, anemia atau gangguan atau penyakit darah, jantung atau saluran darah?</i>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(d) Jaundice, hepatitis, being a hepatitis carrier, duodenal or gastric ulcer, hernia, haemorrhoids or other disorders or diseases of the stomach, intestines, liver or gallbladder? <i>Demam kuning, hepatitis, pembawa hepatitis, ulser gastric atau duodenum, hernia, hemorrhoid atau lain-lain gangguan atau penyakit perut, usus, hati atau pundi hempedu?</i>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(e) Persistent protein or blood in the urine, kidney stone or disease of the kidneys, prostate, genito-urinary system? <i>Protein atau darah yang berterusan dalam air kencing, batu karang, penyakit buah pinggang, prostat, atau sebarang penyakit genitourinari?</i>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(f) Diabetes, sugar in the urine, goitre or disease of thyroids, endocrine or other glands? <i>Kencing manis, gula dalam air kencing, gondok, penyakit tiroid, endokrin atau lain-lain kelenjar?</i>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(g) Arthritis, gout, rheumatism or any disease or disorder of the muscles, bones, joints, limbs or backache or spine disorder? / <i>Artritis, gout, reumatik atau sebarang penyakit otot, tulang, sendi, anggota tangan dan kaki, sakit belakang atau tulang belakang?</i>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(h) Epilepsy, fainting spells, mental disorder, disease of the brain including migraine or nervous system? / <i>Sawan, pengsan, gangguan mental, penyakit otak termasuk migran atau sebarang penyakit sistem saraf?</i>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
(i) Cancer, cyst, growth or tumour (benign or malignant) or any kind of any kind of chronic skin disease? / <i>Kanser, sista, pertumbuhan atau sebarang tumor (benign atau malignant) atau sebarang penyakit kulit yang kronik?</i>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

	Life Assured <i>Hayat Diinsuranskan</i>	Policy Owner <i>Pemunya Polisi</i>
	Yes/ <i>Ya</i> No/ <i>Tidak</i>	Yes/ <i>Ya</i> No/ <i>Tidak</i>
(j) Have you or your spouse been told to have, received any medical advice, counselling or treatment in connection with sexually transmitted disease, AIDS, AIDS related conditions or a positive blood test for antibodies to the AIDS virus (HIV) or at any time in the past three months had any of the following symptoms for more than one week continuously: fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? <i>Pernakah anda atau pasangan anda diberitahu menghidap, menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan penyakit jangkitan seks, AIDS, sebarang situasi yang berkaitan dengan AIDS atau ujian darah positif bagi antibodi terhadap virus AIDS (HIV) atau pada bila-bila masa dalam 3 bulan yang lepas mengalami sebarang gejala-gejala berikut selama lebih satu minggu secara berterusan: keletihan, penurunan berat badan, cirit-birit, pembesaran nodus limfa atau pertumbuhan kulit yang luar biasa?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. In the past five (5) years, have you had any diagnostic tests like: <i>Dalam tempoh lima (5) tahun yang lalu, pernahkah anda mengalami ujian diagnostik seperti:</i> i) X-Ray / <i>X-Ray</i> ii) Electrocardiogram (ECG) / <i>Elektrokardiogram (ECG)</i> iii) Blood test / <i>Ujian darah</i> iv) Biopsy / <i>Biopsi</i> v) Others (please specify) / <i>Lain-lain (sila nyatakan)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Illness, injury, operation, medical advice, hospital treatment or physical check-ups not mentioned above or not of a routine nature (EXCEPT for normal illness like fever, flu or cough)? <i>Penyakit, kecederaan, pembedahan, nasihat perubatan, rawatan hospital atau pemeriksaan perubatan yang tidak disebut di atas dan bukan biasa (SELAIN DARIPADA penyakit biasa seperti demam, selsema dan batuk)?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Have you resided abroad continuously for more than one (1) month during the last three (3) years? <i>Pernakah anda tinggal di luar negara secara berterusan melebihi satu (1) bulan semenjak tiga (3) tahun yang lepas?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Do you or have you engaged or contemplated engaging in any private flying or hazardous sports, racing or any other hazardous activities? <i>Adakah anda pernah terlibat atau bercadang menyertai dalam sebarang penerbangan peribadi atau sukan merbahaya, perlumbaan atau sebarang aktiviti merbahaya?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Have any of your immediate family members (father, mother, sisters, brothers) ever suffered from or died as a result of diabetes, heart disease, stroke, cancer or any hereditary disease before age of 60 years ? / <i>Adakah sesiapa di kalangan keluarga terdekat (bapa, ibu, kakak, abang, adik) pernah mengalami atau meninggal dunia disebabkan oleh diabetes, penyakit jantung, strok, kanser atau sebarang penyakit keturunan sebelum umur 60 tahun?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Has any of your application, renewal or reinstatement for life, critical illness, accident or medical/health insurance policy ever been Postponed / Declined / Rated / Modified or Accepted at other than normal terms by this or other insurance companies? / <i>Pernakah permohonan, pembaharuan atau pengembalian semula polisi insurans hayat, kemalangan atau perubatan/kesihatan anda pernah Ditangguhkan / Ditolak / Dinaikkan kadar / Diubahsuai atau Diterima bukan menerusi terma-terma biasa di syarikat ini atau syarikat lain?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. FEMALE ONLY / <i>PEREMPUAN SAHAJA</i> (a) Are you now pregnant? If YES, at what stage? <i>Adakah anda hamil sekarang? Jika ya, pada peringkat berapa?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <i>months</i> bulan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <i>months</i> bulan
(b) Have you ever had any one/more of the following: disease of the breasts/female organs; breast lump; menstrual disorders; abnormal pap smear(s) or any complications of pregnancy / child birth? <i>Pernakah anda mengalami sebarang penyakit payu dara/organ wanita; gumpalan payu dara; gangguan kitaran haid; papsmear tidak normal atau komplikasi masa mengandung / bersalin?</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. CHILD BELOW 2 YEARS OF AGE ONLY <i>KANAK-KANAK BERUMUR DI BAWAH 2 TAHUN SAHAJA</i> (a) Is the child born premature or pre-term? If Yes, please answer (b) & (c) <i>Adakah kanak-kanak lahir tidak cukup bulan atau sebelum tempoh? Jika ya, sila jawab (b) & (c)</i> (b) What was the birth weight? <i>Berapakah berat ketika lahir?</i> (c) Duration of hospital stay after birth? <i>Tempoh tinggal di hospital selepas dilahirkan?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Kg / <i>Kg</i> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div> Days / <i>Hari</i>	

16. If any of the answers to questions 1 through 15 is 'Yes', please give details in space provided with reference to the pointers stated below; if applicable.

Jika mana-mana jawapan kepada soalan 1 hingga 15 adalah 'Ya', sila berikan butir-butir lanjut di dalam ruangan yang disediakan dengan merujuk petunjuk dibawah; jika terpakai.

- | | | |
|--|--|---|
| i) Question number
<i>Nombor soalan</i> | ii) Types of illness and date of onset
<i>Jenis penyakit dan tarikh dihidapi</i> | iii) Name and address of attending doctor/clinics or hospital
<i>Nama dan alamat doktor/klinik atau hospital</i> |
| iv) Current condition
<i>Keadaan semasa</i> | v) Type of tests done, date, results and reason
<i>Jenis ujian, tarikh, keputusan dan sebab</i> | vi) Duration and severity of illness/injury and date of last follow up
<i>Jangkamasa dan tahap kecederaan/penyakit dan tarikh rawatan susulan terakhir</i> |

Life Assured's Details / *Butir-butir Hayat Diinsuranskan*

Question 7(b) - answer here

Policy Owner's Details / *Butir-butir Pemunya Polisi*

NOTIFICATION FOR NOMINATION OF NOMINEES [OPTIONAL] (applicable where Life Assured is also Policy Owner)

PEMBERITAHUAN BAGI PERLANTIKAN PENAMA [TIDAK DIWAJIBKAN] (terpakai apabila Hayat Diinsuranskan adalah juga Pemunya Polisi)

NOTICE TO POLICY OWNER / NOTIS KEPADA PEMUNYA POLISI

Statement pursuant to Section 166[1] of Insurance Act, 1996 / *Penyata selaras dengan Seksyen 166[1] Akta Insurans, 1996*

A nomination by a Policy Owner, other than a Muslim Policy Owner, shall create a trust in favour of the nominee of the policy moneys payable upon the death of the Policy Owner, if (a) the nominee is his spouse or child, or (b) where there is no spouse or child living at the time of nomination, the nominee is his parent. You cannot deal with a trust policy by revoking a nomination, varying or surrendering, assigning and pledging the policy as security without the written consent of the trustee(s). / *Penamaan oleh Pemunya Polisi, selain daripada Pemunya Polisi Islam, akan mewujudkan satu amanah memihak kepada penama wang polisi perlu dibayar atas kematian Pemunya Polisi, jika (a) penama adalah pasangan atau anak beliau, atau (b) di mana tidak ada pasangan atau anak hidup pada masa penamaan, penama adalah ibubapanya. Anda tidak boleh berurusan dengan polisi amanah dengan membatalkan penamaan, mengubah atau menyerah, menyerahkan hak dan menyandarkan polisi sebagai cagaran tanpa persetujuan bertulis daripada pemegang (pemegang-pemegang) amanah.*

Trustee(s) named must not be minors, imprisoned, mentally incapacitated or declared bankrupt and if the Trustee is a corporation, it must not be in liquidation or be dissolved. You are advised to appoint a Trustee for policy moneys payable upon death. In the event of your failure to do so, the nominee(s) shall be the trustee(s) of the same. You are referred to Part XIII of the Insurance Act, 1996 'PAYMENT OF POLICY MONEYS UNDER A LIFE POLICY OR PERSONAL ACCIDENT POLICY'. / *Pemegang (Pemegang-pemegang) Amanah yang dinamakan mestilah bukan minor, dipenjarakan, hilang keupayaan mental atau diishtiharkan bankrap dan sekiranya Pemegang Amanah adalah sebuah perbadanan, ia mestilah bukan dalam penggulangan atau pembubaran. Anda dinasihatkan untuk melantik Pemegang Amanah untuk wang polisi perlu dibayar atas kematian. Jika sekiranya anda gagal untuk berbuat demikian, penama (penama-penama) akan menjadi Pemegang (Pemegang-pemegang) Amanah yang sama. Anda dirujuk kepada Bahagian XIII Akta Insurans, 1996 'BAYARAN WANG POLISI DI BAWAH POLISI HAYAT ATAU POLISI KEMALANGAN DIRI'.*

Statement pursuant to Section 167 of Insurance Act, 1996 / *Penyata selaras dengan Seksyen 167 Akta Insurans, 1996*

A Nominee, other than a nominee under section 166(1), shall receive the policy moneys payable on the death of the Policy Owner as an executor. Nominees of Muslim Policy Owners shall receive the policy moneys payable on death of the Policy Owner in the capacity of an executor, and upon receipt of such policy moneys shall distribute the same in accordance with Muslim Law.

Penama, Selain daripada penama di bawah seksyen 166(1), akan menerima wang polisi perlu dibayar atas kematian Pemunya Polisi sebagai wasi. Penama kepada Pemegang Polisi Islam hendaklah menerima wang polisi perlu dibayar atas kematian Pemunya Polisi dalam keupayaan seorang wasi, dan atas penerimaan wang polisi sedemikian hendaklah mengagih yang sama mengikut Undang-undang Islam.

Statement pursuant to Section 163(3) of Insurance Act, 1996 / *Penyata selaras dengan Seksyen 163(3) Akta Insurans, 1996*

If your intention is for your nominee(s) to receive the policy benefits beneficially and not as executor(s), you have to assign the policy benefits to them, unless your nominee(s) is / are your spouse or child, or if you have no spouse or child at the time of nomination, your parent(s).

Jika niat anda adalah untuk penama (penama-penama) anda untuk menerima faedah polisi secara benefisiari dan bukan sebagai wasi (wasi-wasi), anda hendaklah menyerahkan hak faedah polisi kepada mereka, melainkan penama (penama-penama) anda adalah pasangan atau anak anda, atau jika anda tidak mempunyai pasangan atau anak pada masa penamaan, ibubapa anda.

SECTION A - NOMINATION OF NOMINEES / SEKSYEN A - PERLANTIKAN PENAMA-PENAMA

I hereby nominate the following person(s) as nominee(s) for the above insurance policy.

Saya dengan ini menamakan orang (orang-orang) yang berikut sebagai penama (penama-penama) bagi polisi insurans di atas.

First Nominee / Penama Pertama

1. Name / <i>Nama</i> <div>TAN AH MUI</div>	2. Percentage of Share / <i>Bahagian</i> <div>100</div>
	3. New IC No. / <i>No. KP Baru</i> <div></div> - <div></div> - <div></div>
	Old IC No. / BC / Passport No. <i>No KP Lama / Sijil Kelahiran / Pasport No.</i> <div>BC123456</div>
4. Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i> DD / MM / YYYY <i>HH BB TTTT</i>	5. Relationship with Policy Owner <i>Hubungan dengan Pemunya Polisi</i> <div>Daughter</div>
6. Same address as Policy Owner? / <i>Alamat sama dengan Pemunya Polisi?</i> <input checked="" type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i> If no, please state / <i>Jika tidak, sila nyatakan</i> <div>Same as policy owner</div> <div>Postcode / <i>Poskod</i></div>	

Second Nominee / Penama Kedua

1. Name / <i>Nama</i> <div></div>	2. Percentage of Share / <i>Bahagian</i> <div></div>
	3. New IC No. / <i>No. KP Baru</i> <div></div> - <div></div> - <div></div>
	Old IC No. / BC / Passport No. <i>No KP Lama / Sijil Kelahiran / Pasport No.</i> <div></div>
4. Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i> DD / MM / YYYY <i>HH BB TTTT</i>	5. Relationship with Policy Owner <i>Hubungan dengan Pemunya Polisi</i> <div></div>
6. Same address as Policy Owner? / <i>Alamat sama dengan Pemunya Polisi?</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i> If no, please state / <i>Jika tidak, sila nyatakan</i> <div></div> <div>Postcode / <i>Poskod</i></div>	

Third Nominee / Penama Ketiga

1. Name / <i>Nama</i> <div></div>	2. Percentage of Share / <i>Bahagian</i> <div></div>
	3. New IC No. / <i>No. KP Baru</i> <div></div> - <div></div> - <div></div>
	Old IC No. / BC / Passport No. <i>No KP Lama / Sijil Kelahiran / Pasport No.</i> <div></div>
4. Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i> DD / MM / YYYY <i>HH BB TTTT</i>	5. Relationship with Policy Owner <i>Hubungan dengan Pemunya Polisi</i> <div></div>
6. Same address as Policy Owner? / <i>Alamat sama dengan Pemunya Polisi?</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i> If no, please state / <i>Jika tidak, sila nyatakan</i> <div></div> <div>Postcode / <i>Poskod</i></div>	

Fourth Nominee / Penama Keempat

1. Name / <i>Nama</i> <div></div>	2. Percentage of Share / <i>Bahagian</i> <div></div>
	3. New IC No. / <i>No. KP Baru</i> <div></div> - <div></div> - <div></div>
	Old IC No. / BC / Passport No. <i>No KP Lama / Sijil Kelahiran / Pasport No.</i> <div></div>
4. Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i> DD / MM / YYYY <i>HH BB TTTT</i>	5. Relationship with Policy Owner <i>Hubungan dengan Pemunya Polisi</i> <div></div>
6. Same address as Policy Owner? / <i>Alamat sama dengan Pemunya Polisi?</i> <input type="checkbox"/> Yes / <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No / <i>Tidak</i> If no, please state / <i>Jika tidak, sila nyatakan</i> <div></div> <div>Postcode / <i>Poskod</i></div>	

SECTION B - APPOINTMENT OF TRUSTEE(S) (IF APPLICABLE) / SEKSYEN B - PERLANTIKAN PEMEGANG AMANAH (JIKA TERPAKAI)

Do you intend to elect any trustee under this proposal? If "Yes", kindly obtain signature and consent of the trustee(s). I hereby revoke all existing appointment and appoint the following person(s) as Trustee(s) to receive such monies payable under this policy upon my death and receipt by such Trustee(s) shall be complete discharge to the company for all liability in respect of the policy monies so paid to them. I reserve the right to revoke the appointment of Trustee(s) and substitute any other name thereof or to appoint additional Trustee(s) from time to time.

Adakah anda ingin melantik sebarang pemegang amanah di bawah permohonan ini? Jika "Ya", sila dapatkan tandatangan dan kebenaran mereka. Saya dengan ini membatalkan semua perantukan yang wujud dan melantik orang-orang yang dinamakan di bawah sebagai Pemegang Amanah untuk menerima pembayaran wang polisi bawah Polisi ini pada kematian saya. Penerimaan bayaran oleh Pemegang Amanah tersebut akan melepaskan syarikat dari kesemua liabiliti berkenaan dengan wang polisi yang telah dibayar itu. Saya mempunyai hak untuk menukar perantukan pemegang amanah dan membuat perantukan baru dari semasa ke semasa

Signature is required in Authorization Form

Signature of Consenting Trustee accepting appointment
Tandatangan Pemegang Amanah yang menerima perantukan

Name / *Nama* : TAN AH KAO
NRIC No. / *No. K.P.* : A12345678
Address / *Alamat* : *JLN TAN CHENG LOCK TMN YARL KUALA
LUMPUR, 54000, WILAYAH PERSEKUTUAN,
MALAYSIA

Signature of Consenting Trustee accepting appointment
Tandatangan Pemegang Amanah yang menerima perantukan

Name / *Nama* :
NRIC No. / *No. K.P.* :
Address / *Alamat* :

Note : The Trustee must be at least 18 years old and witness is not a named nominee/trustee.

Nota: Pemegang Amanah mestilah sekurang-kurangnya berumur 18 tahun dan saksi tersebut bukannya penama/Pemegang Amanah

PART 6.: ADDITIONAL QUESTIONS FOR LIFE ASSURED (IF HOUSEWIFE / STUDENT/JUVENILE)**BAHAGIAN 6.: SOALAN TAMBAHAN UNTUK HAYAT DIINSURANSKAN (JIKA SURIRUMAH / PELAJAR / JUVENILE)**

- Husband/Father/Mother's Name (If housewife or student)
Nama Suami/Bapa/Ibu (Jika suri rumah atau pelajar)
- Husband/Parent's Yearly Income
Pendapatan Tahunan Suami/Bapa/Ibu: RM
- Occupation of Husband/Parent / *Pekerjaan Suami/Bapa/Ibu:*
- Is Husband/Father/Mother insured? / *Adakah Suami/Bapa/Ibu diinsuranskan?* ☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
- If yes, please state full details of husband/parent as follows
Jika ya, sila nyatakan maklumat penuh untuk suami/bapa/ibu seperti berikut

Company <i>Syarikat</i>	Amount Insured / <i>Jumlah Diinsuranskan</i> Life / Accident / Dread Disease / <i>Hayat / Kemalangan / Penyakit Kritikal</i>	Year Issued <i>Tahun Keluaran</i>
- If no, please state reason(s) / *Jika tidak, nyatakan sebab:*

PART 7.: TERMS AND CONDITIONS OF CREDIT CARD / BAHAGIAN 7.: TERMA DAN SYARAT KAD KREDIT

In consideration of your agreeing to accept my authorization to you to debit my Credit Card to pay insurance premium(s) under the given policy number, I expressly agree to the following Terms and Conditions:

Atas persetujuan anda untuk menerima kebenaran daripada saya untuk mendebitkan Kad Kredit saya bagi membayar premium insurans di bawah polisi diberi, saya dengan ini bersetuju untuk mematuhi terma dan syarat-syarat berikut:

- The Policy coverage shall only be in force upon successful transaction from credit card issuing financial institution subject to approval of this proposal.
Perlindungan Polisi hanya akan dikuatkuasakan setelah urusan kad kredit yang dikeluarkan oleh institusi kewangan telah berjaya tertakluk kepada kelulusan permohonan ini.

2. For credit card standing instruction payment of premium under unit link policy which falls due between (i) 1st and 7th (ii) 8th and 14th (iii) 15th and 21st and (iv) 22nd to end of the month, will be charged on the (i) 2nd, (ii) 9th, (iii) 16th and (iv) 23rd of the same month respectively and for credit card standing instruction for payment of premium under traditional life policy which falls due between (i) 2nd and 8th (ii) 9th to 15th (iii) 16th to 22nd and (iv) 23rd to 1st, will be charged on the (i) 1st, (ii) 8th, (iii) 15th and (iv) 22nd respectively. HLA may at its sole discretion change the charging date. In order to keep the insurance in force, HLA will make further attempts to charge your credit card if the first attempt to charge is declined by the credit card issuer. If after several attempts are declined, you will be required to make payment by alternative means as by cash or cheque directly to HLA to avoid lapsation.

Bagi arahan tetap melalui Kad Kredit, pembayaran premium untuk polisi unit linked yang jatuh diantara (i) 1hb dan 7hb (ii) 8hb dan 14hb (iii) 15hb dan 21hb (iv) 22hb sehingga hujung bulan akan dibilkan pada (i) 2hb (ii) 9hb, (iii) 16hb dan (iv) 23hb dalam bulan yang sama dan arahan tetap pembayaran premium untuk insurans hayat yang jatuh diantara (i) 2hb dan 8hb (ii) 9hb sehingga 15hb (iii) 16hb sehingga 22hb dan (iv) 23hb sehingga 1hb, akan dibilkan pada tarikh berikut: (i) 1hb, (ii) 8hb, (iii) 15hb dan (iv) 22hb. HLA diatas budibicaranya berhak menukar tarikh-tarikh pembayaran berkenaan. Untuk memastikan insurans anda masih berkuatkuasa, HLA akan membuat percubaan selanjutnya untuk mendapat bayaran daripada Kad Kredit jika percubaan yang pertama telah gagal. Jika selepas beberapa percubaan masih gagal, anda akan dikehendaki membuat pembayaran dengan wang tunai atau cek terus kepada HLA untuk mengelakkan pelupusan.

3. HLA shall not be liable for the unsuccessful transaction resulting in the policy becoming lapsed if:

HLA tidak akan bertanggungjawab terhadap urusan yang telah gagal dan menyebabkan polisi menjadi lupus jika:

- The credit card is not honoured by credit card issuing financial transaction
Kad kredit tersebut tidak diterima oleh institusi kewangan yang mengeluarkan kad kredit tersebut
- Authorization to the credit card for the transaction is denied; or
Kebenaran urusan kad kredit dinafikan; atau
- HLA is unable to provide the service as a result of the failure of any computer or telecommunication system or other circumstances beyond HLA's control.
HLA tidak dapat memberikan perkhidmatan disebabkan oleh kerosakkan komputer atau sistem telekomunikasi atau keadaan-keadaan yang lain diluar kawalan HLA.

4. Notwithstanding that a transaction may have been duly completed and/or premium payment updated, HLA reserves the right and shall be entitled without prior notice of the Cardholder and the Policy Owner to reverse any payment entry in the premium payment and charge back the transaction to the Cardholder in the event of any one or more of the following circumstances:

Walaupun urusan telah dilengkapkan seperti yang sepatutnya dan/atau pembayaran premium terkini telah dibuat, HLA mempunyai hak dan berhak tanpa sebarang notis daripada pemegang kad dan membatalkan apa-apa kemasukan pembayaran di dalam pembayaran premium atau mengenakan bayaran balik urusan kepada pemegang kad jika di dalam keadaan salah satu atau lebih daripada situasi yang berikut:

- The credit is found to have expired or is invalid for any reason whatsoever;
Kad kredit tersebut didapati telah tamat atau tidak sah atau apa-apa sebab;
- The transaction was entered into without authorization or disputes the transaction or denies liabilities for whatsoever reason;
Urusniaga dijalankan tanpa kebenaran atau urusan tersebut dipertikaikan atau menafikan tanggungjawab atau sebab-sebab yang tertentu;
- The transaction was carried out in circumstances constituting a breach of any express or implied term, condition, representation or duty; or
Urusniaga itu dijalankan di dalam keadaan yang menyebabkan pelanggaran syarat-syarat dan peraturan-peraturan yang nyata atau tersirat di atas sebab-sebab yang tertentu;
- At the absolute discretion of HLA without assigning any reason whatsoever.
Berada dalam pertimbangan HLA tanpa memperuntukan apa-apa sebab.

5. The authorization shall remain binding on the Cardholder until notification in writing from the Cardholder or Policy Owner or superceded by new CCPIF receipt by HLA to alter or cancel this authorization at least 30 days before the next premium due date. HLA is entitled to refuse a transaction upon notices of death, bankruptcy order or revocation by other means of the Cardholder.

Kebenaran tersebut akan tetap mengikat pemegang kad sehingga notis bertulis daripada pemegang kad atau Pemunya Polisi atau digantikan oleh CCPIF baru yang diterima oleh HLA untuk mengubah atau membatalkan kebenaran tersebut sekurang-kurangnya 30 hari sebelum tarikh pembayaran premium yang seterusnya HLA berhak untuk menafikan sebarang urusan jika notis diterima daripada pemegang kad mengenai kematian, perintah muflis, atau pemansuhan/pembatalan dengan cara lain.

6. HLA may change the Terms and Conditions of Credit Card without prior notice to me.

HLA boleh menukar Pengaturan debit pada bila-bila masa tanpa memberitahu saya terlebih dahulu.

PART 8.: IMPORTANT NOTICE / BAHAGIAN 8.: NOTA PENTING

1. It is regulatory requirement that a copy of the applicant's NRIC be submitted together with this proposal if the premium exceeds RM50,000.
Mengikut Undang-undang Pengawalan satu salinan NRIC pemohon adalah diperlukan dihantar bersama-sama dengan borang permohonan ini jika premiumnya melebihi RM50,000.
2. Age of Life Assured and Policy Owner (if applicable) should be admitted preferably at inception, so that documentary proof of age will no longer be required when making payments under this policy. The following items are considered as satisfactory proof of age: identity card, birth certificate and passport.
Umur Hayat Diinsurankan dan Pemunya Polisi (jika ada) hendaklah diakui seboleh-bolehnya semasa polisi berkuatkuasa, agar pembuktian umur secara berdokumen tidak diperlukan semasa membuat bayaran di bawah polisi ini. Butir-butir berikut boleh digunakan sebagai pembuktian umur: kad pengenalan, sijil beranak dan pasport.
3. Please ensure that you study the brochure and sales illustration (if any), and Product Disclosure Sheets (PDS) in respect of the life insurance product that you are intending to purchase by paying particular attention to benefits that are guaranteed and non guaranteed. Please also ensure the duties of the Policy Owner under policy contract are noted.
Sila pastikan bahawa anda membaca risalah, ilustrasi jualan (jika ada), dan Risalah Pendedahan Produk berkaitan dengan produk insurans hayat yang anda ingin beli dengan memberi perhatian yang utama kepada faedah-faedah yang terjamin dan tidak terjamin. Sila juga ambil tahu tentang tanggungjawab-tanggungjawab Pemunya Polisi di bawah kontrak polisi.

PART 9.: DECLARATION AND AUTHORIZATION / BAHAGIAN 9.: PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

I/We hereby declare and agree on behalf of myself / ourselves any person or persons, firm or corporation, who may have or claim any interest in this proposal that:- / *Saya/Kami mengakui dan bersetuju bagi pihak saya/kami dan sesiapa, syarikat atau koperat, yang mungkin mempunyai sebarang faedah dalam permohonan insurans ini bahawa:-*

1. No statement, information or agreement made or given by or to the person soliciting or taking this proposal or by or to any persons, shall be binding on the Company, unless in writing and then only if presented to and approved by the authorized officers of the Company.
Tiada pernyataan, maklumat atau perjanjian dibuat atau diberi oleh atau kepada pihak yang memohon atau melaksanakan permohonan atau kepada yang lain, akan mengikat Syarikat, kecuali dalam bentuk tulisan dan kemudiannya hanya jika dikemukakan dan diluluskan oleh Pegawai Syarikat yang diberi kuasa.
2. All the foregoing statements together with any other documents and/or questionnaire any statement made to the Company Medical Officer relating to this application are full, complete and true and shall form the basis of the contract between myself and the Company, and I understand that the Company, believing them to be such, will reply and act on them, otherwise the Policy issued hereunder shall be void (Section 149(4) of the Insurance Act 1996).
Semua kenyataan dan jawapan tersebut di atas bersama-sama dengan sebarang dokumen lain atau soal jawab yang berkenaan dengan permohonan dan kenyataan dan jawapan yang telah dibuat kepada Pemeriksa Perubatan Syarikat, adalah penuh, sempurna dan benar dan akan membentuk sebagai asas kepada kontrak di antara saya dengan pihak syarikat, dan saya faham bahawa pihak syarikat akan percaya kepadanya, akan bergantung kepada dan bertindak berdasarkan kepada semua fakta tersebut, jika tidak Polisi yang dikeluarkan ini tidak akan sah (Akta Insurans 1996, Seksyen 149 (4)).
3. I have given to your agent no other information, except that is written in this proposal.
Saya tidak memberikan ejen anda sebarang maklumat lain, kecuali yang telah dituliskan di dalam permohonan ini.
4. I understand and will undertake to inform the Company in writing of any change to the foregoing statements in respect of my health, occupation, financial status etc., which takes place after this proposal but before the issuance of the Policy and agree that my proposal may be reunderwritten based on the change.
Saya faham dan berjanji akan memaklumkan kepada pihak Syarikat secara bertulis, sekiranya ada sebarang perubahan terhadap tahap kesihatan, pekerjaan, status kewangan dan sebagainya, yang berlaku selepas daripada permohonan ini tetapi sebelum polisi dikeluarkan dan bersetuju bahawa permohonan saya mungkin akan dipertimbangkan semula dari segi risiko berdasarkan kepada perubahan tersebut.
5. The Company has the discretion to accept or decline this proposal notwithstanding the payment of any premium or part thereof (if any). Where the proposal is declined, the Company shall refund the premium paid (if any) to me/us by cheque or banker's draft via ordinary mail at the address shown on the proposal form, which shall be deemed delivered two days after date of posting. I/We acknowledge that the period for processing refunds shall not constitute any agreement on the part of the Company to assume any risk under the insurance herein applied during that period or otherwise. The risk under the insurance herein applied shall only commence after all the following conditions shall have been fulfilled during my/our lifetime and provided always there shall have been no change in my/our state of health as declared up to the commencement date: (i) the Company shall have given its written acceptance of this proposal; (ii) all the conditions specified in the Company's written acceptance shall have been fulfilled; and (iii) the first premium payable shall have been received in full and accepted by the Company.
Pihak Syarikat berhak mempertimbangkan sama ada untuk menerima ataupun menolak permohonan ini walaupun premium telah dibayar dengan penuh atau sebahagiannya (jika ada). Jika permohonan ditolak, Syarikat akan memulangkan premium berbayar tersebut (jika ada) kepada saya melalui cek atau bank deraf melalui perkhidmatan pos biasa ke alamat yang dipaparkan di dalam borang permohonan yang akan dianggap telahpun dihantar selepas dua hari ianya diposkan. Saya/Kami bersetuju dan memahami bahawa tempoh memproses pemulangan tersebut tidak membentuk sebarang persetujuan bahawa Syarikat akan menanggung sebarang risiko di bawah insurans yang dipohon ini didalam tempoh berikut atau sebaliknya. Risiko di bawah insurans yang dipohon ini hanya akan berkuatkuasa selepas kesemua syarat-syarat berikut ini dipenuhi ketika saya/kami masih hidup dan tiada sebarang perubahan ke atas keadaan kesihatan saya/kami seperti yang diisytiharkan sehingga ke tarikh kuatkuasa: (i) Syarikat telah memberikan keputusan penerimaan permohonan ini secara bertulis; (ii) kesemua syarat-syarat penerimaan yang dinyatakan oleh Syarikat secara bertulis yang berkenaan telah dipatuhi; dan (iii) premium berbayar pertama telahpun dibayar secara penuh dan diterima oleh Syarikat.

6. I hereby authorize any physician, hospital, clinic, insurance company, organisation or institution, that has any records or knowledge of me or my health, to disclose to HONG LEONG ASSURANCE BERHAD (HLA) or its authorized representatives any such information about me with reference to my health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment. A photocopy of this authorization shall be effective and valid as the original.
- Saya dengan ini memberi kuasa kepada sebarang pegawai perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans, organisasi atau institusi, yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya atau kesihatan saya untuk memberikannya kepada HONG LEONG ASSURANCE BERHAD (HLA) atau wakilnya yang diberi kuasa maklumat tentang kesihatan saya dan sejarah kesihatan saya dan sebarang kemasukan wad, nasihat, rawatan, jangkitan atau penyakit. Salinan pemberiankuasa ini adalah sah dan laku seperti salinan asal.*
7. I/We fully understand that information regarding my/our insurability may be reported and I/We hereby consent to HLA to disclose my/our information to Bank Negara Malaysia, and/or any authority having jurisdiction over HLA, to companies which are related to HLA by virtue of Section 6 of the Companies Act 1965 and to parties (including HLA's related companies and its reinsurers) rendering services to HLA or providing financial or other products/services to me and whose access to such information is necessary for such purpose.
- Saya/Kami memahami sepenuhnya bahawa sebarang maklumat berkenaan dengan insurans saya/kami boleh dilaporkan dan Saya/Kami ini memberi kebenaran kepada HLA untuk mendedahkan maklumat-maklumat saya/kami kepada BNM dan/atau apa apa badan-badan yang mempunyai kuasa kawalan keatas HLA yang berunsurkan Seksyen 6 Akta Syarikat 1965 dan kepada badan-badan berkenaan (termasuk syarikat yang ada pertalian dengan HLA dan/atau pihak penanggung insurans semula syarikat) yang memberi perkhidmatan kepada HLA atau sokongan atau barangan/khidmat kepada saya/kami dan di mana penyambung kepada maklumat-maklumat ini diperlukan untuk tujuan tersebut.*
8. I/We hereby authorize the Company to effect payment of insurance charges on the basic benefits, attached riders and policy fee of my unit-linked Policy as herein applied by deducting sufficient no. of units from the invested funds under the said Policy, at the unit price applicable on a monthly basis whenever there is no premium payment made by me/us for the said charges.
- Saya/Kami dengan ini memberi kebenaran kepada Syarikat untuk menguatkuasakan pembayaran caj insurans ke atas manfaat asas, rider insurans yang dilampirkan serta yuran polisi ke atas Polisi unit-linked saya dengan cara menolak sejumlah unit yang secukupnya daripada tabung pelaburan di bawah Polisi itu, pada harga unit yang dikenakan secara bulanan apabila tiada premium dijelaskan oleh saya/kami ke atas caj-caj yang dinyatakan.*
9. I/We acknowledge that the agent has disclosed and explained all material facts and information relating to the proposed insurance plan and also extended me/us a copy of the complete / detailed Sales Illustration of the said plan. I/We further declare that I/We have read and fully understood the projected benefits and information given therein.
- Saya/Kami dengan ini mengakui bahawa ejen telah memaklumkan serta menerangkan keseluruhan fakta dan maklumat yang material berkaitan dengan cadangan pelan insuran dan telah menyerahkan kepada saya/kami satu salinan ilustrasi Jualan pelan tersebut yang lengkap. Saya/Kami juga mengistiharkan bahawa saya/kami telah membaca dan memahami sepenuhnya manfaat dan maklumat yang tertera di dalam ilustrasi Jualan ini.*
10. I/We acknowledge that the agent has provided me/us with a copy of the completed form and a copy of the "Consumer Education Program" (CEP) [Insurance Info - Life Insurance] booklet.
- Saya/Kami mengakui bahawa ejen ini telah memberi satu salinan borang yang lengkap dan satu salinan buku "Program Pendidikan Pengguna" (PPP) [Info Insurans - Insurans Hayat] kepada saya/kami.*
11. I/We acknowledge that the intermediary or agent has disclosed and explained all material facts and information relating to the proposed investment cum insurance plan and also extended me/us a copy of the brochure. I/We further declare that I/We have read and fully understood the terms and conditions relating to the investment and risk given therein. I/We undertake to observe and be bound by the terms and conditions relating to the investment services including amendments as may be enforce from time to time. /
- Saya/kami dengan ini mengakui bahawa orang perantara atau ejen telah memaklumkan serta menerangkan keseluruhan fakta dan maklumat yang material berkaitan dengan cadangan pelaburan bersama pelan insuran dan telah menyerahkan kepada saya satu salinan risalah. Saya/kami juga mengistiharkan bahawa saya/kami telah membaca dan memahami sepenuhnya manfaat, maklumat dan risiko yang tertera di dalam risalah. Saya/kami aku janji untuk memastikan dan mematuhi syarat-syarat dan terma-terma berkaitan dengan servis pelaburan termasuk pindaan dari semasa ke semasa.*
12. Ever Series (this section is only applicable when any of the Ever Series plan is applied for)
- Siri Ever (Seksyen ini hanya boleh diaplikasikan untuk permohonan Pelan Siri Ever sahaja)*
- I/ We acknowledge that the HLA EverGreen Funds are managed by Hong Leong Assurance Berhad. Allocated Premiums of the policy invested in HLA EverGreen Funds are invested by Hong Leong Assurance Berhad on behalf of me/us in a Floating Rate Negotiable Instrument of Deposits ("FRNID") issued by CIMB Bank Berhad. The amount invested in the FRNID is guaranteed by the issuer if held to maturity. If the issuer of the FRNID defaults, I/ we risk losing part or all of his/her allocated premium amounts that were invested into the FRNID on their behalf by Hong Leong Assurance Berhad.
- Saya/kami dengan ini mengakui bahawa Dana HLA EverGreen diuruskan oleh Hong Leong Assurance Berhad. Premium dari polisi yang diperuntukkan akan dilaburkan dalam Dana HLA EverGreen yang mana akan dilaburkan oleh Hong Leong Assurance Berhad bagi pihak saya/ kami dalam satu Instrumen Deposit dengan Kadar Terapung Boleh Runding (FRNID) yang diisu oleh CIMB Bank Berhad. Amaun yang dilaburkan dalam FRNID akan dijamin oleh pengisu jika dipegang sehingga kematangan. Jika pengisu FRNID tersebut gagal memenuhi jaminan tersebut, saya/ kami akan menghadapi risiko hilang semua atau sebahagian amaun premium yang diperuntukkan yang dilaburkan dalam FRNID tersebut bagi pihak saya/ kami oleh Hong Leong Assurance Berhad.*
13. Cross Subsidy / *Subsidi Silang*
- I/We agree that (a) Units in the Basic Unit Account may cross subsidise and be cancelled by the Company to pay for the insurance charge of any attaching Rider(s) whenever applicable in the event that Units in the Rider Unit Account is insufficient to pay for the insurance charges; and (b) Units in the Rider Unit Account may cross subsidise and be cancelled by the Company to pay for the insurance charge and monthly policy fee of the Basic Policy in the event that Units in the Basic Unit Account is insufficient to pay for the insurance charge and monthly policy fee.
- Saya/kami setuju bahawa (a) Unit di dalam Akaun Unit Asas boleh disubsidi-silang dan boleh dibatalkan oleh Syarikat untuk membayar caj insurans bagi sebarang Rider, jika perlu, apabila Unit di dalam Akaun Unit Rider adalah tidak mencukupi untuk membayar caj-caj insurans; dan (b) Unit di dalam Akaun Unit Rider boleh disubsidi-silang dan boleh dibatalkan oleh Syarikat untuk membayar caj insurans dan yuran bulanan polisi bagi Polisi Asas sekiranya berlaku di mana Unit di dalam Akaun Unit Asas adalah tidak mencukupi untuk membayar caj insurans dan yuran bulanan polisi.*

14. I/We also ☐ agree/ ☒ disagree that the Company can share my Personal Information (whether in this application or otherwise) with other third parties authorized by the Company for purpose of marketing or offering any products or marketing services to me/us.

Saya/Kami ☐ setuju / ☒ tidak setuju bahawa Syarikat boleh berkongsi maklumat peribadi saya/kami (sama ada untuk tujuan permohonan ini atau yang lain) dengan pihak ketiga yang dibenarkan oleh Syarikat bagi tujuan pemasaran atau penawaran sebarang produk atau pemasaran perkhidmatan kepada saya/kami.

PART 10.: DECLARATION BY AGENT / BAHAGIAN 10.: DEKLARASI EJEN

1. I hereby declare that all the information contained in this Proposal Form is the only information given to me by the Life Assured/Policy Owner and I have not withheld any other information which may influence the acceptance of this proposal.

Bahawasanya saya mengaku ke semua maklumat yang terdapat dalam Borang Permohonan Hayat adalah maklumat yang hanya diberikan kepada saya oleh Cadangan Hayat yang Diinsuranskan/ Pemunya Polisi dan selain itu, saya tidak mendedahkan sebarang maklumat lain yang mungkin akan menjejaskan kelulusan permohonan ini oleh Pihak Syarikat.

2. I have not given any statement to the Life Assured and/or Policy Owner contrary to the provision in the Company's standard policy. / *Saya tidak akan mengeluarkan sebarang pernyataan kepada Hayat yang Diinsuranskan dan/atau Pemunya Polisi yang bertentangan dengan syarat-syarat yang termaktub dalam polisi am Syarikat.*

3. Pursuant to regulatory requirement I confirm that I have sighted the original NRIC/birth certificate/current valid Passport and verified the identity and details of the Proposed Life Assured/ Policy Owner named herein and witnessed his/ her signature. / *Bersandarkan kepada peruntukan undang-undang, saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah melihat Kad Pengenalan asal/sijil beranak/Pasport sah dan mengesahkan identiti dan butiran Cadangan Hayat yang Diinsuranskan/Pemunya Polisi yang telah disebutkan dan disaksikan tandatangannya.*

4. I further declare that a copy of the Sales Illustration (if applicable) and Product Disclosure Sheets (PDS) for the insurance plan have been extended to the Proposed Policy Owner at the point of sale. A copy of the Sales Illustration (if applicable) presented to the Proposed Policy Owner is attached with this application. / *Saya juga mengaku bahawa satu salinan Ilustrasi Jualan (jika berkenaan) dan Risalah Pendedahan Product (PDS) untuk pelan insurans telah disampaikan kepada Pemunya Polisi yang dicadangkan semasa jualan. Satu salinan Ilustrasi Jualan (jika berkenaan) yang disampaikan kepada Pemunya Polisi yang dicadangkan turut dilampirkan bersama permohonan ini.*

PART 11.: PARENT/GUARDIAN CONSENT (For Life Assured who has attained the age of 10 but not yet 16 years old who wishes to apply on own life as Policy Owner) (This section is applicable for traditional plans only)

BAHAGIAN 11.: PERSETUJUAN IBUBAPA/PENJAGA (Untuk Hayat Diinsuranskan yang berumur 10 tetapi kurang daripada 16 tahun yang ingin memohon sebagai Pemunya Polisi bagi hayat sendiri) (Seksyen ini untuk pelan tradisional sahaja)

I / *Saya* _____ NRIC No. / *No. K.P.* _____ as the father / mother / guardian of the above Proposed Life Assured give consent to him / her to effect a Life Assurance Policy. / *sebagai bapa/ibu/penjaga kepada Hayat Diinsuranskan di atas memberi persetujuan kepadanya untuk memohon Polisi Insurans Hayat ini.*

Signed at _____ on / *pada* / /
Ditandatangani di _____ Day Month Year
Hari Bulan Tahun

Signature is required in Authorization Form

Signature of Agent/Witness
Tandatangan Ejen/Saksi

(Shall be witness for all signatures
adalah saksi untuk semua tandatangan)

Name / *Nama* : _____

IC No. / *No K.P.* : _____

Signature is required in Authorization Form

Signature of Life Assured
Tandatangan Hayat Diinsuranskan

Signature is required in Authorization Form

Signature of Proposed Policy Owner or
Tandatangan Pemunya Polisi atau
Signature of father / mother / guardian
Tandatangan bapa / ibu / penjaga

Signature is required in Authorization Form

Signature of Contingent Owner
Tandatangan Pemunya Kontingen

Signature of Card Holder
Tandatangan Pemegang Kad

Note: Agent can be witness for all signatures above except where agent is the Life Assured/Policy Owner/Contingent Owner/ Cardholder/Trustee/Nominee.

Witness must be at least 18 years old.

Nota: Ejen boleh menjadi saksi untuk semua tandatangan di atas kecuali jika Ejen adalah Hayat Diinsuranskan/Pemunya Polisi/ Pemunya Kontingen/Pemegang Kad/Penama/Pemegang Amanah.

Saksi mestilah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun.