

PROPOSAL FORM FOR APPLICANT (not more than 55 years next birthday) *BORANG CADANGAN UNTUK PEMOHON (tidak melebihi 55 tahun seterusnya)*

WARNING/IMPORTANT NOTICE: Pursuant to Section 149(4) of the Insurance Act 1996, you are to disclose in this proposal form, fully and faithfully all the facts, which you know or ought to know. Otherwise the policy issued hereunder may be void.

AMARAN/NOTIS PENTING: Mengikut seksyen 149(4) Akta Insurans 1996 anda dikehendaki menyatakan dengan sepenuhnya dan sebenar-benarnya semua kenyataan yang anda tahu atau sepatutnya tahu di dalam borang ini, jika tidak, polisi yang dikeluarkan itu akan dianggap tidak sah.

Child - an unmarried child who is not working and aged between 15days and 19 years, or 23 years and below if full time student.

Kanak-kanak - Kanak-kanak yang belum berkahwin dan tidak bekerja dan berumur sekurang-kurangnya 15 hari ke 19 tahun ke bawah serta yang berumur 23 tahun ke bawah sekiranya merupakan pelajar sepenuh masa di institusi pengajian tinggi.

For Agent Use Only Policyholder Pemegang Polisi	Branch Code Kod Cawangan	Employer Code Kod Majikan
Group Scheme No. No. Skim Berkelompok	Contract Type Jenis Kontrak	Agent's Name Nama Ejen Agent's A/C No No. Akaun Ejen
For Office Use Only: <input type="checkbox"/> Special Promotion Promosi Istimewa <input type="checkbox"/> Underwriting Pengunderaitan <input type="checkbox"/> Upgrade proposal Permohonan Tambahan	Contract No. No. Kontrak Client No No. Pelanggan	Proposal Reg. By : _____ Date : _____ Verify By : _____ Date : _____ Underwriting Decision Updated By : _____ Date : _____ Consent Updated By : _____ Date : _____

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

New NRIC No. No K/P Baru		Old NRIC No. No K/P Lama	
Name of Member Nama Ahli			
Name & Address of Member's Employer Nama & Alamat Majikan Ahli			
Postcode Poskod	Town Bandar		

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

Status of Life To Be Assured Status Hayat Yang Diasuranskan	<input type="checkbox"/> Member Ahli	<input type="checkbox"/> Spouse Pasangan	<input type="checkbox"/> Child Anak-Anak	> Child No. _____ out of _____ siblings > Anak No _____ dari _____ beradik
New NRIC No. No K/P Baru		Old NRIC No./Birth Cert No K/P Lama/Sijil Kelahiran		
Name of Life To Be Assured Nama Hayat Yang Diasuranskan				
Salutation Gelaran	Date of Birth Tarikh Lahir	Sex Jantina	<input type="checkbox"/> Male Lelaki	
Nationality Warganegara	<input type="checkbox"/> Malaysian Malaysia	<input type="checkbox"/> Others Lain-lain	Height Tinggi	Weight Berat
Marital Status Status Perkahwinan	<input type="checkbox"/> Married Berkahwin	<input type="checkbox"/> Single Bujang	<input type="checkbox"/> Divorced Berceraai	<input type="checkbox"/> Widow Balu
Occupation Pekerjaan	M'ship/Staff No. No. Keahlian/Staf			
Exact Nature of Work Jenis Pekerjaan Sebenar				
Tel (House) Tel (Rumah)	Tel (Office) Tel (Pejabat)			
Resident Address Alamat Rumah				
Postcode Poskod	Town Bandar			

FURTHER PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED BUTIR-BUTIR LANJUT ORANG YANG DIASURANSKAN

*** Delete whichever is not applicable Potong yang mana tidak berkenaan**

	Life to be Assured Hayat yang Diasuranskan
	Yes Ya No Tidak
1. Are you currently receiving any medical treatment and/or suffering from physical impairment or infirmity, congenital abnormality or poor health? Adakah anda sekarang menerima sebarang rawatan perubatan dan/atau menanggung kecacatan fizikal atau kecacatan fizikal, abnormal kongenital atau tahap kesihatan yang rendah.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. Have you ever suffered or sustained any illness or injury, or been advised to undergo any diagnostic tests such as X-ray, MRI, mammography, electrocardiogram, CT scanning, echo or ultrasonogram, biopsy, blood or urine studies or are you currently under observation or taking any medicine or drugs or receiving any treatment whether prescribed by a doctor or not or are you aware of any symptoms or signs that may indicate a disorder or been hospitalized during the past five years, or have had or been advised to have any surgical operation? Pernahkah anda menghadapi atau mengalami sebarang penyakit atau kecederaan, atau dinasihatkan untuk menjalani apa-apa ujian diagnostik seperti X-ray/MRI, mamografi, elektrokardiogram, CT scan, gema atau ultrasonogram, biopsy, ujian darah atau air kencing atau anda pada ketika ini berada di bawah pemerhatian atau mengambil sebarang ubat-ubatan atau menerima apa-apa rawatan sama ada disarankan oleh doctor atau tidak atau anda sedar tentang apa-apa tanda yang menunjukkan sebarang gangguan atau dimasukkan ke hospital dala jangkamasa lima tahun yang lepas atau dinasihatkan atau pernah dinasihatkan untuk menjalani sebarang pembedahan?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3. Have you ever suffered from or been treated for or been told that you have any (a) Disease of the brain or nervous system e.g. convulsion paralysis, insanity or other psychiatric illnesses; Penyakit pada otak atau sistem saraf contoh lumpuh kejang, gila atau sebarang penyakit fizikal (b) Disease of the lungs e.g. frequent coughs, asthma, spitting of blood, pleurisy, tuberculosis, bronchitis or pneumonia or other respiratory disease; Penyakit pada paru-paru contoh batuk yang kerap, asma, muntah darah, radang paru-paru, batuk kering, radang salur bronkus atau radang paru-paru atau sebarang penyakit melibatkan sistem pernafasan. (c) Disease of the cardiovascular system e.g. rheumatic fever, heart attack, stroke, coronary artery disease, palpitations, chest pains, breathlessness, hypotension or hypertension; Penyakit pada sistem kardiovaskular contoh demam rheumatic, serangan jantung, strok, penyakit salur koronari, palpitasi, sakit dada, sesak nafas, darah tinggi atau hipertensi.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

GMBS-FNUTU-V00-022006

FURTHER PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED BUTIR-BUTIR LANJUT ORANG YANG DIASURANSKAN <i>* Delete whichever is not applicable Potong yang mana tidak berkenaan</i>	Life to be Assured Hayat yang Diasuranskan	
(d) Disease of the digestive system e.g. gastric ulcers, gall bladder or liver disease, Hepatitis B or C, alcoholism, fulminant hepatitis, colics; <i>Penyakit sistem penghadaman contoh gastric, ulser, pundi kencing atau penyakit hati, hepatitis B atau C, ketagihan alcohol, hepatitis fulminan,</i> (e) Disease of the urinary system e.g. kidney stones, inflammation of the kidneys, renal or bladder disorder, diabetes or abnormal urine such as bloody, sugary or turbid urine; <i>Penyakit sistem saluran kencing contoh batu karang pada buah pinggang, inflamasi, radang buah pinggang, kerosakan pundi kencing atau ginjal, kencing manis atau kencing tidak normal seperti kencing berdarah, bergula atau keruh.</i> (f) Cancer, cysts, growths or tumour of any kind; <i>Kanser, sista, ketumbuhan; atau sebarang</i> (g) Complaint of the eyes, ears, throat or nose <i>Aduan pada mata, telinga, saluran tekak atau hidung</i> (h) Venereal diseases e.g. gonorrhoea, syphilis, chancre or other sores including genital sores or discharges; <i>Penyakit yang disebabkan oleh persetubuhan contoh penyakit gonorrhoea, sifilis, gangrene atau radang termasuk radang genital atau kumuhan</i> (i) Disorder or disease of the muscles, skin, glands, bones, joints or limbs including arthritis, gout, backache or spine disorder; <i>Gangguan atau penyakit pada otot, kulit, liang-liang, tulang, sendi atau limpatik termasuk arthritis, gout, sakit belakang atau gangguan tulang belakang.</i> (j) Blood disorders <i>Gangguan sistem darah</i> (k) Physical impairments, deformities or any other illnesses not mentioned herein? <i>Kecacatan jasmani; atau sebarang penyakit lain yang tidak disebut di atas</i>	Yes Ya	No Tidak
4. Have any of your parents, brothers or sister suffered from the above disabilities? <i>Adakah ibubapa atau adik beradik anda pernah menghidap atau dirawat sebarang penyakit di atas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have you or your spouse ever been tested for or received medical advice, counselling or treatment in connection with AIDS or infection with any Human Immunodeficiency Virus (HIV)? <i>Adakah anda atau pasangan anda pernah diuji untuk atau menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan yang berkaitan dengan AIDS atau jangkitan daripada Human Immunodeficiency Virus (HIV).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you or your spouse at any time in the past three months, had any of the following symptoms for more than one week continuously: Persistent and unexplained fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? <i>Pernahkah anda dan pasangan anda dalam jangkamasa tiga bulan yang lepas mengalami sebarang gejala yang berikut untuk lebih dari satu minggu secara berterusan: Kepenatan yang berpanjangan dan tidak dapat dijelaskan, kehilangan berat badan, cirit-birit, pembesaran noda limfa atau lesi kulit luar biasa?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Are you involved in any business, sport, or occupation that is dangerous or do you have any intention to do so? <i>Adakah anda terlibat atau bertujuan untuk melibatkan diri dalam sebarang perniagaan, sukan atau pekerjaan yang membahaya?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Have you ever used morphine, opium or other drugs or have been under treatment for drug abuse? <i>Pernahkah anda menggunakan morfin, candu atau sebarang dadah atau pernah dirawat kerana penyalahgunaan dadah?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is your life now assured? If "YES", please state the Name of Company, Type of Policy, Policy No, Assured Amount. (Note: "Type of Policy" includes but is not limited to Life, Accident, Dread Disease, Disability, Medical/Health insurances) <i>Adakah hidup anda sekarang diasuranskan? Jika ya, sila nyatakan nama syarikat, jenis polisi, nombor polisi dan nilai asurans. (nota: "jenis polisi" termasuk tetapi tidak terhad untuk insuran hayat, kemalangan, penyakit kritikal, hilang upaya, perubatan/kesihatan)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Has any application or renewal made by you for Life, Living Assurance/Critical Illness/Dread Disease, Accident, Disability and Medical/Health insurances been declined, postponed, withdrawn, restricted or accepted at other than normal terms? <i>Pernahkah permohonan untuk asurans hayat anda ditolak, ditunda, dikenakan premium yang lebih tinggi atau diubahsuai oleh mana-mana syarikat insurans termasuklah Great Eastern?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. FOR FEMALE ONLY UNTUK WANITA SAHAJA (a) Are you now pregnant? <i>Adakah anda sedang mengandung? If "Yes" Jika "ya" <input type="checkbox"/> months bulan</i> (b) Have you ever had a miscarriage, difficult labour, caesarian section or any complications in previous pregnancies? <i>Pernahkah anda mengalami keguguran, kesulitan bersalin, pembedahan Caesarian atau sebarang komplikasi semasa hamil dahulu?</i> (c) Have you ever had any lump in your breast(s) or had undergone any breast mammogram or any form of screening test/blood test for cancer risk particularly to your breast and/or reproductive system? If "Yes", please submit a copy of the laboratory or medical report. <i>Pernahkah anda mempunyai sebarang ketulan pada payudara atau sebarang ujian tapisan/ujian darah untuk risiko kanser berkaitan payudara anda dan/atau sistem reproduksi? Jika "ya" sila hantarkan salinan laporan makmal atau laporan perubatan.</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Are there any other circumstances not already disclosed elsewhere in this proposal form that would render an assurance on your life more than usually hazardous? If you are in doubt on whether certain circumstances are more than usually hazardous, these circumstances should be disclosed. <i>Adakah terdapat mana-mana keadaan lain yang tidak diberitahu dimana-mana didalam borang cadangan ini yang boleh menyebabkan asurans ke atas hayat anda lebih dari kebiasaan? Jika anda di dalam keraguan tentang sama ada sesuatu keadaan adalah lebih dari kebiasaan, keadaan ini hendaklah diberitahu.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Have you ever smoked in the last 12 months? If "Yes", <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cigarettes/cigar per day <i>Pernahkah anda merokok dalam 12 bulan yang lepas? Sekiranya "Ya", <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> batang sehari</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Do you consume alcoholic drinks? If "Yes" state average weekly consumption: <i>Adakah ada meminum alcohol? Jika "Ya" nyatakan jumlah purata <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu:</i> Beer/Stout <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> small bottles Wine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> glasses Whiskey/brandy/others <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pegs Social <input type="checkbox"/> <i>Bir/Stout <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> botol kecil Wain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gelas Wiski/brandi/lain-lain <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sosial <input type="checkbox"/></i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If the Answer to any of the Questions 1 to 12 is "Yes", please indicate Question Number and provide full relevant details below e.g. types of pursuits, diagnosis, dates, duration of illness or injury, names and addresses of all attending physicians and medical institutions (please attach separate sheet/s if needed). <i>Sekiranya jawapan kepada mana-mana soalan 1 hingga 12 adalah "Ya", sila nyatakan nombor soalan dan segala butiran yang berkaitan contoh jenis rawatan yang dijalankan, tarikh, jangkamasa penyakit atau kecederaan, nama dan alamat semua pakar perubatan dan institusi perubatan yang telah dihadiri (sila lampirkan helaian yang berasingan jika perlu).</i> _____ _____		
IMPORTANT NOTICE (Further details are in the brochure) NOTIS PENTING (Maklumat lanjut terdapat di dalam risalah)		
If any of the above statements is not true, you are required to indicate the Statement Number and furnish the full details (including but not limited to all illnesses, injuries, surgery, medical investigations etc) below. If you have failed to disclose such information, no benefit shall be payable for Death/ Total Permanent Disability Benefit directly or indirectly to the non-disclosed pre-existing illness. If you are in any doubt about whether certain facts are material, these facts should be disclosed. Otherwise state "NIL" below. <i>Sekiranya terdapat mana-mana kenyataan yang tidak benar di atas, anda dikehendaki untuk menyatakan Nombor Kenyataan dan lengkapkan maklumat (termasuk tetapi tidak terhad kepada kesemua jenis penyakit, kecederaan, pembedahan, penyiataan perubatan dan sebagainya) di bawah. Sekiranya anda gagal untuk memberitahu maklumat tersebut, tiada manfaat yang akan dibayar untuk Kematian/Hilang Upaya Total dan Kekal yang disebabkan tidak memberitahu tentang penyakit sedia ada secara langsung atau tidak langsung. Sekiranya anda mengalami keraguan sama ada fakta tertentu itu adalah penting, fakta itu hendaklah dinyatakan. Jika tidak nyatakan "TIADA" di bawah.</i>		
FOR CHILD-DEATH AND TOTAL AND PERMANENT DISABILITY (due to natural / illness) UNTUK ANAK-KEMATIAN DAN HILANG UPAYA TOTAL & KEKAL (akibat biasa/penyakit)		
Upon the death of the Assured Child who is 5 years (age next birthday) or older at the time of his death, the Basic Sum Assured under this policy will be payable in full. In the case of death of an Assured Child below the age of 5 years (age next birthday) at the time of his death, the Basic Sum Assured payable under the policy shall be reduced in accordance with the age next birthday of the Assured Child. The Basic Sum Assured under the Policy will be payable in one lump sum in accordance with the following table: <i>Sekiranya berlaku kematian ke atas Anak Yang Diasuranskan ketika umumnya 5 tahun (umur pada ulang tahun akan datang) atau lebih pada masa kematian, Jumlah Asurans Asas Polisi ini akan dibayar dengan penuh. Dalam keadaan di mana kematian Anak Yang Diasuranskan berlaku ketika umumnya di bawah 5 tahun (umur pada ulang tahun akan datang), Jumlah Asurans Asas Polisi ini akan berkurangan berdasarkan kepada umur Anak Yang Diasuranskan pada ulang tahun akan datang. Jumlah Asurans Asas Polisi akan dibayar secara sekaligus berdasarkan jadual di bawah:</i>		

GS NO.	NO. GS	Name of Life to be Assured	Nama Hayat yang diansuranskan
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
New NRIC No.	No. K/P Baru	Old NRIC No./Birth Cert No.	K/P Lama/Sijil Kelahiran
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Age next birthday	Umur pada ulang tahun akan datang	Percentage of Basic Sum Assured	Peratusan Jumlah Asurans Asas
1.		20%	
2.		40%	
3.		60%	
4.		80%	
5.		100%	

Upon Total Permanent Disability after age 6 of the child, 10% of the Sum Assured of the policy will be advanced and the balance which is 90% will be payable one calendar year later.

Apabila menghadapi Hilang Daya Upaya Total & Kekal selepas anak berumur 6 tahun, 10% Jumlah Asurans polisi akan dibayar serta merta dan bayaran selebihnya iaitu 90% satu tahun selepas itu.

If you do not fully and faithfully give the facts as you know them or ought to know them, the policy may be invalidated. If you are in any doubt about whether certain facts are material, these facts should be disclosed. The entire pre-printed text of this proposal form is the standard type in use for purpose of applying for insurance with the Company. Any alteration to or deletion of any part of the text will require the applicant's specific instruction in writing separately addressed to the Company for individual consideration and concurrence. You should request for and study the brochures, sales illustration and policy in respect of the policy product paying particular attention to the benefits which are guaranteed and benefits which are not guaranteed, and your duties as a life assured under the policy contract. Documentary proof of age is required prior to the payment of benefits under the policy. If the life assured's age is incorrectly stated, the insurer may adjust the policy at its sole and absolute discretion, subject always to the provisions of the Insurance Act 1996. In the event of any dispute with regards to the definition and/or interpretation of the terms and/or conditions of this proposal/supplementary form and the policy (if subsequently issued), the English Language version of the same shall at all times prevail.

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

In group Medical Health Insurance policy effected by policyholder who has no insurable interest on your life, you must receive an individual certificate of insurance as proof of insurance and you are advised to follow-up with the group policyholder or the Company to confirm coverage under the group policy if a certificate of insurance is not received within a reasonable period.

Dalam Polisi Insurans Perubatan Kesihatan Berkumpulan berkaitan dengan pemegang polisi yang tidak mempunyai sebarang kepentingan yang boleh diinsuranskan pada hayat anda, anda perlu menerima sijil insurans individu sebagai bukti insurans dan anda dinasihatkan untuk membuat sulasulan pada pemegang polisi berkumpulan atau syarikat untuk mengesahkan perlindungan di bawah polisi berkumpulan jika sijil insurans tidak diterima tanpa sebarang alasan munasabah.

IMPORTANT NOTICE NOTIS PENTING

All applicants please take note that this Scheme is subject to Great Eastern's internal procedures. In the event Great Eastern receives _____ number of proposals during the promotion period, you will be eligible for the Special Promotion (i.e.: waiver of the normal underwriting procedures) subject to the terms and conditions of the Master Policy. Otherwise, you will be subject to the usual underwriting procedures. Great Eastern's decision on all matters relating to the Special Promotion will be binding and final.

Semua pemohon sila ambil perhatian bahawa Skim ini adalah tertakluk kepada peraturan-peraturan dalaman Great Eastern. Sekiranya Great Eastern menerima _____ jumlah permohonan semasa tempoh promosi, anda adalah layak untuk Promosi Khas (iaitu: pelepasan daripada proses underwriting yang biasa dilakukan) tertakluk kepada terma dan syarat Polisi Induk. Jika tidak,

DECLARATION PENGAKUAN

I/We hereby declare that all the foregoing statements and answers are full, complete and true, and I/We understand the Company believing them to be such will rely and act on them, otherwise no benefit under this policy will be payable, and I/We agree that they shall be the basis of the contract between me/us and Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad. Furthermore, I/We authorise any physician or hospital or any organisation that has any records or knowledge of me/our or my/our health to furnish the Company with the information concerning my/our medical history or physical condition. A photocopy of this authorisation shall be as effective and valid as the original. I/We have read and understood all the rules pertaining to the above Scheme and hereby apply to join the said Scheme and agree to be bound by all the rules of the said Scheme. Further, I/We declare and confirm that any notice, correspondence or any other document issued by Great Eastern to the Policyholder with effect from the date hereof shall be deemed binding on me/us. This assurance shall not take effect until the first premium has been deducted from my/our salary and my/our application has been fully accepted by the Company.

Saya/Kami mengaku bahawa semua pengakuan dan jawapan di atas adalah penuh, lengkap dan benar, dan saya/kami faham bahawa pihak Syarikat ini percaya akan pengakuan tersebut dan akan bergantung dan bertindak atas pengakuan tersebut, jika sebaliknya, tiada manfaat yang akan dibayar di bawah polisi ini, dan saya/kami bersetuju bahawa ini merupakan kontrak asas antara saya/kami dan Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad. Di samping itu, saya/kami mengizinkan mana-mana pakar perubatan atau hospital atau organisasi yang mempunyai rekod atau pengetahuan tentang kesihatan saya/kami, untuk memberi laporan kepada pihak Syarikat mengenai latarbelakang perubatan atau keadaan fizikal saya/kami. Salinan fotokopi surat izin ini adalah benar dan sah seperti surat asal. Saya/Kami telah membaca dan memahami segala peraturan yang berkaitan dengan Skim di atas dan dengan ini memohon untuk menyertai Skim tersebut dan bersetuju untuk mematuhi segala peraturan Skim ini. Selanjutnya, saya/kami mengaku dan faham bahawa apa-apa notis, surat-menyurat atau dokumen yang dikeluarkan oleh Great Eastern kepada Pemegang Polisi dari tarikh permohonan ini akan mengikat saya/kami. Skim Asurans ini hanya akan berkuatkuasa apabila premium pertama telah dipotong daripada gaji saya/kami dan permohonan saya/kami telah diterima sepenuhnya oleh Syarikat ini.

I hereby declare that all the statements given in the proposal form are true. I have given to your agent no other information in connection with this proposal form, except that written on or attached to this proposal form, and I hereby confirm that save for the relevant sales brochures, sales illustrations and documents duly authorised by the Company, your agent has not given me any document or information to induce me to enter into a contract of assurance with your Company.

Saya telah menyerahkan kepada agen anda semua maklumat yang berkaitan dengan kertas cadangan ini, kecuali yang telah bertulis atau dikepalkan bersama borang kertas cadangan, dan saya mengesahkan bahawa adalah selamat bagi risalah jualan, ilustrasi jualan dan dokumen yang telah disahkan oleh syarikat, agen anda tidak memberi sebarang dokumen atau informasi untuk mempengaruhi saya menyertai kontrak asurans bersama syarikat anda.

Special Promotion: I/We hereby confirm that Great Eastern reserves the right at its sole and absolute discretion to decide whether I am/We are eligible for the Special Promotion (i.e.: waiver of the normal underwriting procedures). I/We also confirm that in the event I am/We are eligible for such Special Promotion and provided I/We disclose my/our pre-existing illness, 50% of the Death/TPD benefit is payable if Death or TPD occurs in the first 2 years of cover due to the disclosed pre-existing illness. However if I/We fail to disclose my/our pre-existing illness, the Death or TPD benefits will not be payable at all.

Promosi Khas: Saya/Kami mengesahkan bahawa Great Eastern mempunyai hak mutlak untuk menentukan samada saya/kami layak untuk promosi khas (iaitu: pelepasan daripada proses underwriting yang biasa dilakukan). Saya/Kami juga mengesahkan bahawa sekiranya saya/kami layak untuk Promosi Khas dan tertakluk kepada saya/kami menyatakan penyakit sedia ada saya/kami, 50% daripada jumlah manfaat Kematian/Hilang Daya Upaya Total & Kekal akan dibayar jikalau Kematian atau Hilang Daya Upaya Total & Kekal berlaku dalam masa 2 tahun daripada tarikh perlindungan disebabkan penyakit yang sedia ada yang telah dinyatakan itu. Sekiranya saya/kami gagal menyatakan penyakit sedia ada saya/kami, segala tuntutan kematian atau Hilang Daya Upaya Total & Kekal disebabkan penyakit yang sedia ada tidak akan dibayar.

You are strongly advised to read and understand the actual terms and conditions for this Scheme contained in the Master Policy.

Anda dinasihatkan agar membaca terma-terma dan syarat-syarat yang sebenar bagi Skim ini yang terdapat di dalam Polisi Induk.

I/We hereby irrevocably authorise the Company to deduct the monthly insurance charges for Basic Benefit and all the attaching Investment-Linked Optional Benefits (or riders), if any, from the Total Investment Value of my/our proposed policy in all circumstances including but not limited to the event when any premium due is not paid. I/We further understand and agree that concurrent deduction for policy fee will also be made by the Company. All these deductions shall be made in accordance with the terms and conditions as specified in my/our proposed policy. Dengan ini saya/kami secara muktamad memberi kuasa kepada Syarikat untuk memotong caj insurans bulanan untuk Manfaat Asas dan kesemua Manfaat Pilihan Berkait Pelaburan (atau rider) yang disertakan, jika ada, daripada Jumlah Nilai Pelaburan polisi cadangan saya/kami dalam semua keadaan termasuk tetapi tidak terhad kepada keadaan dimana premium belum dijelaskan. Saya/Kami seterusnya faham dan bersetuju bahawa potongan serentak untuk yuran polisi juga boleh dilakukan oleh Syarikat. Semua potongan akan dibuat mengikut terma-terma dan syarat-syarat seperti yang disebutkan di dalam polisi cadangan.

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

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

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

/ / 20

Signature of Member
Tandatangan Ahli

Signature of Life To Be Assured (Spouse/Child)**
Tandatangan Hayat Yang Diasuranskan (Pasangan/Anak)**
(Age 16 And Above/Umur 16 Tahun Ke Atas)

Signature of Witness
Tandatangan Saksi

Date Tarikh



Name of Member
Nama Ahli

Name of Life To Be Assured (Spouse/Child)**
Nama Hayat Yang Diasuranskan (Pasangan/Anak)**

Name of Witness (Block Letters)
Nama Saksi (Huruf Besar)

>* Please tick if witness is an agent.
Sila tanda jika saksi adalah seorang ejen

JADUAL CARUMAN PREMIUM BULANAN

Premium	RM 40	RM 60	RM 80	RM 100	RM 120	RM 140	RM 160	RM 180	RM 200	RM 220	RM 250
Premium Faedah Hospital*	RM 4	RM 6	RM 8	RM 10	RM 12	RM 12	RM 12	RM 12	RM 12	RM 12	RM 12
JUMLAH PREMIUM	RM 44	RM 66	RM 88	RM 110	RM 132	RM 152	RM 172	RM 192	RM 212	RM 232	RM 262
Sila tandakan (✓) di ruangan yang berkenaan											

Saya menyertai sebagai:

Pemohon Baru Pemohon Tambahan Nilai

*Ruangan ini khas untuk diisi oleh pemohon tambahan nilai sahaja

Saya telah mencarum RM _____ sebulan, sekarang saya ingin menambah premium bulanan saya kepada jumlah yang saya tandakan (✓) di jadual atas.

PEMBERIAN KUASA DARIPADA AHLI

Saya, _____, No K/P _____ (Lama/Baru) dengan ini, memberi kuasa kepada BPA untuk memotong gaji bulanan saya sebagai pencarum premium bulanan skim seperti yang saya tandakan (✓) di jadual atas sehingga diberitahu kelak kepada syarikat insurans

Tarikh _____

Tandatangan Ahli _____

SILA KEMBALIKAN BORANG PERMOHONAN YANG LENGKAP KEPADA

KESATUAN PERKHIDMATAN PERGURUAN
KEBANGSAAN, SEMENANJUNG MALAYSIA
13-15, Jalan Murai Dua, Kompleks Batu,
Off Jalan Ipoh, 51100 Kuala Lumpur
Tel: 03-6253 5725 / 6251 0621
Fax: 03-6253 0261 (Ms Bama)
E-mail: nutphg.pd.jaring.my

TONY NG & ASSOCIATES
Group Sales Manager
GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (M) BERHAD (93745-A)
39, (1ST Floor) Lebuhraya Bishop
10200, Pulau Pinang
Tel: 04-262 8998 (5 hunting lines) / HP: 019-4474448/016-4158889
Fax: 263 1321
E-mail: tonyge@tm.net.my

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

I hereby declare that I have sighted the original NRIC/International Passport** of the Life to be Assured and the Proposer and verified the identity(ies) of the Life to be Assured and the Proposer through the use of such NRIC/International Passport**.
 Saya mengesahkan identiti Hayat yang Diasuranskan dan Pencadang setelah melihat Kad Pengenalan/Pasport Antarabangsa**.

Signature of the Agent/ Officer _____ Name _____
Tandatangan Ejen/Pegawai _____ Nama _____

Date _____ / _____ / 20 _____
Tarikh _____ / _____ / 20 _____

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

FOR OFFICE USE UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

Commission Komisyen	Agent No. No. Agen	Share Percentage Kadar Peratus Berkongsi	Agent No. No. Agen	Share Percentage Kadar Peratus Berkongsi
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/> * <input type="text"/>	4.	<input type="text"/> * <input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/> * <input type="text"/>	5.	<input type="text"/> * <input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/> * <input type="text"/>	6.	<input type="text"/> * <input type="text"/>