

To be completed by Proposed Insured/Proposed Owner
Untuk dilengkapkan oleh Hayat Diinsuranskan Yang Dicadangkan /Pemunya Yang Dicadangkan

APPLICATION NO
 NOMBOR PERMOHONAN : _____
 PROPOSED INSURED
 HAYAT YANG DIINSURANSKAN : _____

We would ask you to read carefully the declaration at the bottom of this form. Failure to disclose facts pertinent to these questions could affect payments of benefits. If you have any doubts whether to disclose any information, you are strongly advised to do so.
Anda diminta membaca dengan teliti pengakuan di bawah borang ini. Kegagalan mendedahkan fakta yang berkaitan dengan soalan ini boleh menjejaskan pembayaran manfaat. Jika anda mempunyai sebarang keraguan untuk mendedahkan apa-apa maklumat, anda dinasihatkan supaya berbuat demikian.

1) Do you belong, or have you ever belonged, to any of the following AIDS high-risk group?
Adakah anda termasuk, atau pernah termasuk dalam mana-mana kumpulan yang berisiko tinggi menghidap AIDS berikut ?

a) Homosexual men <i>Lelaki homoseks</i>	
b) Bisexual men <i>Lelaki Dwiseks</i>	
c) Intravenous (iv) drug users <i>Pengambil dadah intravena</i>	
d) Haemophiliacs <i>Hemofilia</i>	
e) Sexual partners of the preceding groups <i>Pasangan seks daripada kumpulan yang tersebut</i>	
Please indicate which <i>Sila tandakan mana satu</i>	

2) Have you ever been treated, received medical advice, counselling or treatment in connection with AIDS or an AIDS related condition? (Disclosure of a negative blood test result does not mean you will be refused cover). Please give details of circumstances in which the test or advise was sought. Routine testing for blood donation purposes may be ignored.
Pernahkan anda menjalani ujian, menerima nasihat, kaunseling atau rawatan perubatan yang berkaitan dengan AIDS atau penyakit yang berkaitan dengan AIDS? (Pendedahan keputusan ujian darah yang negatif tidak bermakna anda tidak akan mendapat perlindungan). Sila berikan butir tentang keadaan yang menyebabkan ujian atau nasihat diminta. Ujian biasa untuk tujuan derma darah mungkin tidak diambil kira.

3) Have you ever been tested, received medical advice or treatment in connection with any sexually transmitted disease transmitted disease including Hepatitis B?
Pernahkah anda menjalani ujian, menerima nasihat atau rawatan perubatan yang berkaitan dengan sebarang penyakit yang berjangkit melalui hubungan seks termasuk Hepatitis B?

I HEREBY DECLARE AND AGREE on behalf of myself /the Child and all Covered Person(s) and other persons referred to in this application ("Relevant Persons") that (1) all statements and answers to all questions whether or not written by my own hand are to the best of my knowledge and belief complete and true; (2) all answers to such questions, together with this application, shall form the basis and become a part of the policy; (3) the Company is not bound by any statement which I may have made to any person if not written or printed here; (4) any personal data of the Relevant Persons collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise), may be used in connection with matching for whatever purpose (whether or not with a view to taking any adverse action against me /the Child and all Covered Person(s) with such other personal data and /or may be used, stored, disclosed, transferred (whether within or outside Malaysia) to such persons as the Company may consider necessary including without limitation any of its affiliated companies, reinsurers or any individuals /organizations associated with the Company to (i) underwrite and evaluate this application and any other application for insurance; (ii) provide all services related to this application and promote, improve and further promotion of services by the Company and its affiliated companies. (iii) communicate with the Relevant Persons for any other purpose and /or comply with the laws of any applicable jurisdiction. If I /the Child or all Covered Person(s) fail to provide any information requested in this application, it may result in the Company's inability to accept this application.

I HEREBY AUTHORISE on behalf of myself /the Child and all Covered Person(s) (1) any employer registered medical practitioner, hospital, clinic, insurance company, bank, government institution, or other organization, institution or person, that has any records or knowledge of me /the Child or any of the Covered Person(s) and who has attended or may hereafter attend to me /the Child and /or all Covered Person(s) to disclose such information to the Company; (2) the Company or any of its appointed medical examiners or laboratories to perform the necessary medical assessments and tests to evaluate the health status of myself /the Child or any Covered Person(s) in relation to this application and any claim arising therefrom. This authorisation shall bind the successors and assignees of myself /the Child and all Covered Person(s) and remains valid notwithstanding death or incapacity. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

I DECLARE AND AGREE that I have the full authority from and consent of the Relevant Persons to make the above declaration, agreements and authorizations. The Relevant Persons have the right under the Personal Data (Privacy) Ordinance to request access to and correct any of the personal data held by the Company concerning the Relevant Persons. Any request may be made in writing and addressed to the head of the Policyowners' Service Department at 8th Floor Chulan Tower, 3 Jalan Conlay, 50450 Kuala Lumpur.

SAYA DENGAN INI MEMPERAKUI DAN MEMPERSETUJUI bagi pihak diri saya sendiri/ Anak dan semua Orang Yang Dilindungi dan orang lain yang dirujuk dalam permohonan ini ("Pihak Yang Relevan") bahawa (1) semua kenyataan dan jawapan sama ada yang ditulis dengan tangan saya sendiri atau tidak adalah dalam pengetahuan dan kepercayaan saya yang terbaik lengkap dan benar; (2) semua jawapan kepada soalan sedemikian, bersama-sama dengan permohonan ini, hendaklah menjadi asas untuk dan menjadi sebahagian daripada polisi; (3) Syarikat tidak terikat oleh mana-mana pernyataan yang mungkin telah saya buat kepada mana-mana orang jika tidak ditulis atau dicetak di sini; (4) mana-mana data peribadi Pihak Yang Relevan yang dikumpul atau dipegang oleh Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau sebaliknya) boleh digunakan berhubung dengan pemedanan untuk apa jua tujuan (sama ada dengan niat untuk mengambil tindakan sebaliknya terhadap saya/Anak dan semua Orang Yang Dilindungi atau tidak) dengan data peribadi lain sedemikian dan/atau boleh digunakan, disimpan, didedahkan, dipindahkan (sama ada di dalam atau di luar Malaysia) kepada orang sedemikian yang Syarikat anggap perlu termasuk tanpa had mana-mana syarikat sekutunya, penanggung insurans semula atau mana-mana individu/organisasi yang bersekutu dengan Syarikat untuk (i) mengunderait dan menaksir permohonan ini dan mana-mana permohonan lain untuk insurans (ii) menyediakan semua perkhidmatan yang berkaitan dengan permohonan ini dan membaiki serta mempromosikan, perkhidmatan Syarikat yang selanjutnya dan syarikat-syarikat sekutunya. (iii) berkomunikasi dengan Pihak Yang Relevan untuk apa-apa tujuan lain dan/atau mematuhi undang-undang mana-mana bidang kuasa yang terpakai. Jika saya/Anak atau semua Orang Yang Dilindungi gagal memberikan apa-apa maklumat yang diminta dalam permohonan ini, ia boleh mengakibatkan ketakupayaan Syarikat untuk menerima permohonan ini.

SAYA DENGAN INI MEMBERI KUASA bagi pihak diri saya sendiri/Anak dan semua Orang Yang Dilindungi (1) mana-mana majikan, pengamal perubatan yang berdaftar, hospital, klinik, syarikat insurans, bank, institusi kerajaan, atau organisasi lain, institusi atau orang, yang mempunyai apa-apa rekod atau pengetahuan tentang saya/Anak atau mana-mana Orang Yang Dilindungi dan yang telah melayani atau mungkin selepas ini melayani saya/Anak atau mana-mana Orang Yang Dilindungi untuk mendedahkan maklumat sedemikian kepada Syarikat; (2) Syarikat atau mana-mana daripada pemeriksa perubatan atau makmal yang dilantiknya untuk menjalankan penilaian dan ujian perubatan yang perlu untuk menilai status kesihatan saya/Anak dan mana-mana Orang Yang Dilindungi berkenaan dengan permohonan ini dan apa-apa tuntutan yang timbul daripadanya. Pemberian kuasa ini hendaklah mengikat pengganti dan pemegang serah hak saya/Anak dan semua Orang Yang Dilindungi dan kekal sah walaupun berlaku kematian dan ketidakupayaan. Satu salinan pemberian kuasa ini hendaklah dijadikan sah seperti yang asal.

SAYA MEMPERAKUI DAN MEMPERSETUJUI bahawa saya mempunyai kuasa penuh dan persetujuan daripada Pihak Yang Relevan untuk membuat pengisytiharaan, perjanjian dan pemberian kuasa di atas. Pihak Yang Relevan mempunyai hak di bawah Ordinan Data Peribadi (Privasi) untuk meminta capaian kepada dan membelutukan apa-apa data peribadi yang dipegang oleh Syarikat yang melibatkan Pihak Yang Relevan. Apa-apa permintaan boleh dibuat secara bertulis dan dialamatkan kepada Ketua Jabatan Khidmat Pemegang Polisi di Aras 8 Chulan Tower, 3 Jalan Conlay, 50450 Kuala Lumpur.

Signature of Proposed Insured
Tandatangan Hayat Diinsuranskan
Yang Dicadangkan

Signature of Proposed Owner
Tandatangan Pemunya Yang
Dicadangkan

Signature Of Witness
Tandatangan Saksi

Date Y /M /D
Tarikh T /B /H