

## Declaration of Good Health *Perisytiharaan Sihat*

Name>Nama : \_\_\_\_\_  
 Proposal/Policy Number : \_\_\_\_\_

This is to certify that I am in good health as when I signed the DECLARATIONS MADE TO THE MEDICAL EXAMINER OR AUTHORISED COMPANY AGENT which constituted part of my proposal for assurance to AXA AFFIN Life Insurance Berhad and that since the date of such declaration there has been no change in my occupation or family record, nor I have had any illness or disease for which I have consulted or been examined by any physician and I have not applied for new assurance, change in plan, or reinstatement which was declined, postponed, withdrawn or modified in any kind, amount or rate (except as noted below), and I understand that the reinstatement, issuance and delivery to me of any policy issued on said application and declaration is condition on the truth of the above statements.

*Dengan ini mengesahkan bahawa saya berada dalam kesihatan yang memuaskan semasa saya menandatangani PERISYTIHARAAN YANG DIBUAT KEPADA PEMERIKSA KESIHATAN ATAUPUN KEPADA EJEN SYARIKAT YANG DIBENARKAN sebagaimana yang terkandung dalam cadangan insurans saya kepada AXA AFFIN Life Insurance Berhad dan dari tarikh pengisytiharaan ini tiada berlaku sebarang perubahan dalam pekerjaan atau rekod keluarga ataupun saya menghidapi sebarang kesakitan atau penyakit yang menyebabkan saya merujuk atau diperiksa oleh mana-mana doktor, dan saya tidak memohon sebarang insurans baru, mengubah pelan kepada yang lain, atau membuat penguatkuasaan semula yang telah mengakibatkan kepada penolakan, penangguhan, penguatkuasaan kembali, atau perubahan dalam jenis, amaun, atau kadar (kecuali yang dinyatakan di bawah), dan saya faham bahawa penguatkuasaan semula, pengeluaran dan penyerahan apa-apa polisi kepada saya yang dikeluarkan terhadap permohonan dan pengisytiharaan yang dinyatakan adalah tertakluk kepada sejauh mana kebenaran kenyataan di atas.*

I agree that the policy shall not considered as reinstated or issued until this application is approved by the Company during my lifetime and good health and until all other Company requirements for the reinstatement or issuance of the policy are fully satisfied.

*Saya bersetuju bahawa polisi tidak boleh dianggap sebagai penguatkuasaan semula atau pengeluaran sehinggalah permohonan ini diluluskan oleh Syarikat ketika saya masih hidup dan ketika saya berada dalam kesihatan yang baik serta semua keperluan syarikat yang lain untuk penguatkuasaan semula atau pengeluaran polisi adalah benar-benar memuaskan.*

I further agree that if the policy be reinstated or issued the Incontestability and Suicide Provisions thereof shall be deemed and held and so modified as to have effect from the date of this certificate instead of from the original issue date of the said policy.

*Saya bersetuju selanjutnya bahawa jika polisi hendak dikuatkuasakan semula atau dikeluarkan: Peruntukan Tidak Boleh Tanding dan Peruntukan Bunuh Diri hendaklah diambil kira dan perubahannya hanya boleh berkuatkuasa dari tarikh sijil pengisytiharan ini dan bukannya dari tarikh asal polisi dikeluarkan.*

Exceptions:  
 Pengecualian: \_\_\_\_\_

(if female – state whether or not now pregnant):

(Jika wanita- nyatakan sama ada sedang hamil atau tidak):  Yes/Ya \_\_\_months/bulan  No/Tidak

Signed at  
 Ditandatangani di \_\_\_\_\_

this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
 pada \_\_\_\_\_ haribulan \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Witnessed by  
 Disaksikan oleh \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Signature of Insured/Tandatangan Yang Diinsurankan

Name : \_\_\_\_\_  
 Nama : \_\_\_\_\_

Approved by : \_\_\_\_\_  
 Diluluskan oleh : \_\_\_\_\_

I/C No : \_\_\_\_\_  
 No K/P : \_\_\_\_\_

Date  
 Tarikh : \_\_\_\_\_

Address :  
 Alamat : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_