

HEALTH WARRANTY (PSF07A)
(For Simplified Cancer Plans)
WARANTI KESIHATAN (PSF07A)
(Untuk Pelan Kanser Dengan Taja Jamin Ringkas)



Policy No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No. Polisi

IMPORTANT NOTICE:

In relation to insurance contracts wholly unrelated to your trade, business or profession

TAKE NOTE that you are under a duty to take reasonable care not to make any misrepresentation when:

- (a) answering specific questions that are relevant to the decision of the insurer whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied; and
- (b) confirming or amending any matter previously disclosed by you in relation to your insurance contract.

In addition to answering the specific questions in the application form, you are also required to take reasonable care to disclose to us fully and accurately any other matters which you know to be relevant to the decision of the insurer on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.

Your duty of disclosure under Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013 shall continue until the time the contract is entered into, varied or renewed.

In relation to insurance contracts related to your trade, business or profession

TAKE NOTE that you are under a duty to disclose to the insurer any matter that -

- (a) you know to be relevant to the decision of the insurer on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied; or
- (b) a reasonable person in the circumstances could be expected to know to be relevant.

You should fully and accurately answer all the questions in the application form and any other questions asked by the insurer.

Your duty of disclosure under Paragraph 4(1) of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013 shall continue until the time the contract is entered into, varied or renewed.

If you do not understand your obligations as stated above or if you need any further explanation, you can contact the Company or the Company's agent.

If you are in any doubt about whether certain facts are material, these facts should be disclosed.

The entire pre-printed text of this application 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.

NOTIS PENTING:

Berkeaan kontrak insurans yang tidak berkaitan sepenuhnya dengan perdagangan, perniagaan atau kerjaya anda

SILA AMBIL PERHATIAN bahawa anda bertanggungjawab untuk mengambil langkah yang munasabah agar tidak melakukan gambaran salah semasa:

- (a) menjawab soalan-soalan khusus yang berkaitan dengan keputusan syarikat insurans sama ada untuk menerima risiko ataupun tidak dan kadar serta syarat yang akan dikenakan; dan
- (b) mengesahkan atau mengubah sebarang perkara yang anda telah dedahkan sebelumnya berkaitan dengan kontrak insurans anda.

Sebagai tambahan kepada jawapan bagi soalan khusus dalam borang permohonan, anda juga perlu mengambil langkah munasabah untuk mendedahkan sebarang perkara dengan lengkap dan tepat termasuk perkara-perkara lain yang anda ketahui sebagai relevan terhadap keputusan syarikat insurans sama ada mahu menerima risiko ataupun tidak dan kadar serta syarat yang akan dikenakan.

Anda mempunyai kewajipan untuk membuat pendedahan mengikut Perenggan 5 dalam Jadual 9 bagi Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan hendaklah diteruskan sehingga kontrak dibuat, diubah atau diperbaharui.

Berkeaan kontrak insurans yang berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau kerjaya anda

SILA AMBIL PERHATIAN bahawa anda bertanggungjawab membuat pendedahan kepada syarikat insurans bagi sebarang perkara yang -

- (a) anda ketahui ia berkaitan dengan keputusan syarikat insurans sama ada untuk menerima risiko ataupun tidak dan kadar serta syarat yang akan dikenakan; atau
- (b) seseorang yang secara munasabah dapat menjangkakan untuk menjadi relevan.

Anda hendaklah menjawab semua soalan dalam borang permohonan dan sebarang soalan lain yang diajukan syarikat insurans dengan lengkap dan tepat.

Anda mempunyai kewajipan untuk membuat pendedahan mengikut Perenggan 4(1) dalam Jadual 9 bagi Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 dan hendaklah diteruskan sehingga kontrak dibuat, diubah atau diperbaharui.

Jika anda tidak memahami kewajipan yang dinyatakan di atas atau jika anda memerlukan sebarang penjelasan lanjut, sila hubungi Syarikat atau ejen Syarikat.

Jika anda ragu-ragu sama ada sesetengah fakta adalah material, anda hendaklah mendedahkannya.

Keseluruhan teks pra-cetak dalam borang permohonan ini mengikut piawaian tetap yang digunakan bagi tujuan permohonan insurans dengan Syarikat. Sebarang pindaan atau penghapusan mana-mana bahagian teks akan memerlukan arahan khusus secara bertulis daripada pemohon yang dialamatkan secara berasingan kepada Syarikat untuk pertimbangan dan persetujuan individu.

DATA PROTECTION NOTICE NOTIS PERLINDUNGAN DATA

For information on how we process your personal data and your rights over your personal data, kindly refer to our Personal Data Protection Notice posted at greateasternlife.com, or obtain a copy from our Customer Service Officer.

Untuk maklumat berkenaan pemprosesan data peribadi dan hak anda ke atas data peribadi anda, sila rujuk Notis Perlindungan Data Peribadi yang dipaparkan dalam laman web greateasternlife.com, atau dapatkan salinan daripada Pegawai Perkhidmatan kami.

If you have any inquiry or complaint (such as limiting the processing of certain information, including the withdrawal of consent to receive marketing information), you may contact our **Customer Service Careline** at 1300-1300 88 or our Privacy Officer at +6034813 3796, or write to the Company.

Jika anda mempunyai sebarang pertanyaan atau aduan (seperti menghadkan pemprosesan maklumat tertentu, termasuk membatalkan persetujuan untuk menerima maklumat pemasaran), anda boleh menghubungi **Customer Service Careline** di 1300-1300 88 atau Pegawai Privasi kami di talian +6034813 3796, atau menulis kepada Syarikat.

Policy No. <i>No. Polisi</i>	Policy lapsed on <i>No. Polisi</i>
---------------------------------	---------------------------------------

All questions must be fully completed and select the appropriate boxes. Please skip Section B, Question 4 & 5 if Assured is an Entity.
 Kesemua soalan hendaklah dilengkapkan sepenuhnya dan pilih petak yang bersesuaian. Sila langkau Seksyen B, Soalan 4 dan 5 sekiranya Diasuranskan adalah Entiti.

I. PERSONAL DETAILS <i>I. BUTIR-BUTIR PERIBADI</i>	SECTION A: PARTICULARS OF LIFE ASSURED <i>SEKSYEN A: BUTIR-BUTIR HAYAT YANG DIASURANSKAN</i>	SECTION B: PARTICULARS OF ASSURED <i>(IF DIFFERENT FROM LIFE ASSURED)</i> <i>SEKSYEN B: BUTIR-BUTIR ASURED (JIKA LAIN DARI HAYAT YANG DIASURANSKAN)</i>
1. Title <i>Gelaran</i>	<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Madam <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Others <i>Encik Puan Cik Lain-lain</i>	<input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Madam <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Others <i>Encik Puan Cik Lain-lain</i>
2. Full Name <i>(as shown on NRIC)</i> <i>Nama Penuh (seperti di dalam Kad Pengenalan)</i>		
3. New NRIC No. <i>No. Kad Pengenalan Baru</i> BirthCertificate/Passport /ROC No <i>No. Sijil Kelahiran/Pasport/ROC</i>		
4. Occupation / Self-employed Details <i>Butiran Pekerjaan / Bekerja Sendiri</i>		
(a) Occupation <i>Pekerjaan</i>		
(b) Exact Nature of Work <i>Jenis Kerja Sebenar</i>		
(c) Nature of Business <i>Jenis Perniagaan</i>		
(d) Name & Address of Employer/Business <i>Nama & Alamat Majikan/Perniagaan</i>		
(e) Annual Earned Income (RM) up to <i>Pendapatan Tahunan (RM) sehingga</i>	<input type="checkbox"/> No income <i>Tiada pendapatan</i> <input type="checkbox"/> Others <i>Lain-lain</i> RM	<input type="checkbox"/> No income <i>Tiada pendapatan</i> <input type="checkbox"/> Others <i>Lain-lain</i> RM
5. (a) Height (cm) <i>Tinggi (sm)</i>		
(b) Weight (kg) <i>Berat (kg)</i>		

II. SOURCE OF FUND AND WEALTH *SUMBER DANA DAN HARTA*

To be completed by policyowner. *Untuk dilengkapkan oleh pemilik polisi.*

1. What is the source of funds used to pay the premium?
Apakah sumber dana yang digunakan untuk membayar premium?
 (You may choose more than one option.)
(Anda boleh memilih lebih daripada satu pilihan.)

Employment related income e.g. salary, commission, bonus, EPF, pension
Pendapatan berkaitan dengan penggajian seperti gaji, komisen, bonus, KWSP, pencen

Business income e.g. profits
Pendapatan perniagaan seperti keuntungan

Investment income e.g. shares, bonds, unit trust, rental income
Pendapatan pelaburan seperti saham, bon, amanah saham, pendapatan sewa

Savings or deposit
Simpanan atau deposit

Policy claims, maturity or surrender
Tuntutan polisi, kematangan atau serahan

Others e.g. inheritance, gift, allowance, loan etc.
Lain-lain seperti harta warisan, hadiah, elaun, pinjaman dsb.

2. How did you accumulate your wealth (i.e. your total assets)?
Bagaimana anda mengumpulkan kekayaan anda (iaitu jumlah aset anda)?
 (You may choose more than one option.)
(Anda boleh memilih lebih daripada satu pilihan.)

Employment related income e.g. salary, commission, bonus, EPF, pension
Pendapatan berkaitan dengan penggajian seperti gaji, komisen, bonus, KWSP, pencen

Business income e.g. profits
Pendapatan perniagaan seperti keuntungan

Investment income e.g. shares, bonds, unit trust, rental income
Pendapatan pelaburan seperti saham, bon, amanah saham, pendapatan sewa

Savings or deposit
Simpanan atau deposit

Policy claims, maturity or surrender
Tuntutan polisi, kematangan atau serahan

Others e.g. inheritance, gift, allowance, loan etc.
Lain-lain seperti harta warisan, hadiah, elaun, pinjaman dsb.

Policy No.

III. PARTICULARS OF EXISTING AND / OR CONCURRENT INSURANCE COVERAGE
(e.g: Life / Accident / Dread Disease / Disability / Medical / Health Insurance)
BUTIR-BUTIR PERLINDUNGAN INSURANS SEDIA ADA DAN /ATAU MASA KINI
(contoh: Insurans Hayat / Kemalangan / Penyakit Kritikal / Hilang Upaya / Perubatan / Kesihatan)

Life Assured
Hayat Yang
Diasuranskan
YES NO
YA TIDAK

1. Do you have any existing insurance including those now being proposed to other companies? If "YES", please give details.
Adakah anda memiliki sebarang insurans sedia ada termasuk yang sedang dicadangkan dengan syarikat lain? Jika "YA" sila nyatakan butiran penuh.

2. Has any proposal, reinstatement or application for renewal of insurance on your life (including those now been proposed to other companies) ever been declined, postponed, rated, restricted or in any way modified or subjected to additional terms? If " YES ", please give details.
Pernahkah sebarang cadangan, penguatkuasaan semula atau permohonan untuk memperbaharui insurans hayat anda (termasuk yang sedang dicadangkan dengan syarikat lain) pernah ditolak, ditangguhkan, dikenakan kadar, dihadkan atau diubah dalam sebarang cara atau dikenakan syarat tambahan? Jika "YA", sila nyatakan butiran penuh.

IV. FAMILY & OTHER PERSONAL INFORMATION MAKLUMAT KELUARGA & MAKLUMAT PERIBADI LAIN-LAIN

1. Have any of your biological parents, brothers or sisters ever suffered from cancer before the age of 60?
Adakah ibu/bapa atau adik beradik kandung anda menghidap penyakit kanser sebelum berumur 60 tahun?

V. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP

1. Have you ever smoked or use any tobacco / nicotine product (eg. Cigarettes, cigar or pipes) in the last 12 months?
Adakah anda pernah merokok atau menggunakan sebarang produk tembakau/ nikotin (contohnya Rokok, cerut atau paip) dalam tempoh 12 bulan lepas?
 If "YES", cigarettes / cigar per day.
 Jika "YA", batang rokok / curut sehari.

2. Do you consume alcoholic drinks? If " YES ", state average weekly consumption:-
Adakah anda minum minuman beralkohol? Jika " YA ", nyatakan purata pengambilan seminggu:-
 Beer/Stout small bottles Wine glasses Whiskey/brandy/others pegs Social
 Bir/Stout botol kecil Wain gelas Wiski/brandi/lain-lain peg Sosial

3. Have you ever taken or do you now take any drugs or narcotics, other than those validly prescribed by doctors, or been treated for drug habits?
Adakah anda pernah mengambil atau kini sedang mengambil sebarang dadah atau narkotik selain daripada yang ditetapkan doktor, atau pernah dirawat untuk tabiat dadah?

4. Have you ever had, been diagnosed to have, been investigated or treated for or advised to seek any medical or surgical treatment for any of the conditions listed below:
Pernahkah anda diberitahu atau didiagnosis, disiasat, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang perubatan atau rawatan pembedahan untuk sebarang keadaan di bawah:
 (a) Bronchiectasis, tuberculosis (TB), unresolved pneumonia, sarcoidosis, coughing of blood or any respiratory disorder?
Bronchiectasis, batuk kering (tibi), radang paru-paru yang tidak sembuh, sarkoidosis, batuk berdarah atau lain-lain gangguan pernafasan?

(b) Thyroid disease, goiter, multiple sclerosis, thalassemia, anaemia, haemophilia, Down's syndrome or any other disease or disorder of the endocrine glands, blood, chromosomal abnormality or hereditary disease?
Penyakit tiroid, goiter, multiple sclerosis, talasemia, anemia, hemofilia, Sindrom Down atau lain-lain penyakit atau gangguan berkaitan dengan sistem endokrin, darah, kelainan kromosom atau penyakit keturunan?

(c) Gastric or duodenal ulcer, Helicobacter pylori infection, gastro-oesophageal reflux disease (GERD), Barrett's Oesophagus, colitis, Crohn's disease, intestinal polyps, blood in stool or vomiting blood?
Gastrik atau ulser duodenum, jangkitan Helicobacter pylori, penyakit refluks gastroesofagus (GERD), esofagus Barrett, colitis, penyakit Crohn, polip usus, najis berdarah atau muntah berdarah?

(d) Pancreatitis, jaundice, Hepatitis B or C, cirrhosis or any disease or disorder of liver?
Jangkitan pada pankreas, jaundis, Hepatitis B atau C, sirosis atau penyakit atau jangkitan pada hati?

(e) Chronic kidney infection, polycystic kidneys, protein or blood in urine or any disease or disorder of the prostate or testicle?
Jangkitan buah pinggang kronik, buah pinggang polisistik, protein atau darah dalam air kencing atau penyakit atau gangguan lain pada prostat atau buah zakar?

(f) Cancer, tumour, cyst, polyp, lump, growth, lymphoma, leukaemia, melanoma, Hodgkin's disease, bone marrow disorders or any malignant or pre-malignant condition?
Kanser, tumor, sista, polip, benjolan, ketumbuhan, limfoma, leukemia, melanoma, penyakit Hodgkin, gangguan sumsum tulang atau sebarang keadaan malignan atau pra-malignan?

(g) Rheumatoid arthritis, HIV/AIDS or any other disease or disorder of the immune system?
Artritis reumatoid, HIV/AIDS atau lain-lain penyakit atau gangguan berkaitan dengan sistem imun?

5. In the past 5 years, have you ever had or been advised or intend to undergo any investigation or screening test including but not limited to blood or urine test, pap smear, mammogram, ultrasound, biopsy, X-ray, CT scan, MRI, lung function test or scope?
Sepanjang 5 tahun lepas, adakah anda pernah atau dinasihatkan atau berniat menjalani pemeriksaan atau ujian saringan yang termasuk serta tidak terhad kepada ujian darah dan air kencing, pap smear, mamogram, ujian bunyi, biopsi, sinar x, imbasan CT, MRI, ujian fungsi paru-paru atau skop?

Policy No.

No. Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

V. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP
Life Assured
Hayat Yang
Diasuranskan
YES NO
YA TIDAK
6. FOR FEMALE ONLY UNTUK WANITA SAHAJA

Have you ever been or currently being informed, investigated, treated or advised to seek any medical or surgical treatment for breast lumps, fibroids, ovarian cysts, polycystic ovarian syndrome, adenomyosis, cervicitis, abnormal pap smear(s) or any other disease or disorder of the breast or female organs?

Pernahkah anda diberitahu atau sedang dimaklumkan, disiasat, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang rawatan perubatan atau pembedahan untuk ketulan payudara, fibroid, sista ovari, sindrom polisistik ovari, adenomiosis, servisititis, keputusan pap smear yang tidak normal atau lain-lain penyakit atau gangguan berkaitan dengan payudara atau organ wanita?

7. If you answer "YES" to any of questions 4 to 6, please indicate the relevant question number and provide full details.

Jika anda menjawab "YA" pada soalan-soalan 4 hingga 6, sila nyatakan nombor soalan dan beri butir-butir yang lengkap.

8. Are you presently a bankrupt?

Adakah anda kini seorang bankrap?

VI. COMMON REPORTING STANDARD (CRS):**PIAWAIAN LAPORAN BERSAMA (CRS):**

The Company is required to collect information regarding the tax residency status of each Account Holder in order to comply with the Income Tax Act 1967 and the Income Tax (Automatic Exchange of Financial Account Information) Rules 2016 ("collectively referred to as Malaysian Laws on International Tax Compliance"). The Malaysian Laws on International Tax Compliance implement the standard for automatic exchange of financial account information in tax matters, commonly known as Common Reporting Standard ("CRS"), developed by the Organisation for Economic Co-operation and Development ("OECD").

Syarikat hendaklah mengumpul maklumat berkaitan status pemastautin bercukai bagi setiap Pemegang Akaun bagi mematuhi Akta Cukai Pendapatan 1967 dan Kaedah-Kaedah Cukai Pendapatan (Pertukaran Automatik Maklumat Akaun Kewangan) 2016 ("secara kolektif dirujuk sebagai Undang-undang Malaysia ke atas Pematuhan Cukai Antarabangsa"). Undang-undang Malaysia ke atas Pematuhan Cukai Antarabangsa melaksanakan piawaian bagi pertukaran automatik maklumat akaun kewangan berkaitan cukai, yang dikenali sebagai Piawaian Laporan Bersama ("CRS"), yang dibangunkan Pertubuhan Kerjasama Ekonomi dan Pembangunan ("OECD").

Pursuant to the Malaysian Laws on International Tax Compliance, the Company may be legally obliged to share the information provided by an Account Holder and other financial information with respect to the financial accounts of an Account Holder with the Inland Revenue Board of Malaysia ("IRBM"). IRBM may exchange such information with the tax authorities of another jurisdiction or jurisdictions in which the Account Holder may be tax resident pursuant to an intergovernmental agreement to exchange financial account information.

Berdasarkan Undang-undang Malaysia ke atas Pematuhan Cukai Antarabangsa, Syarikat mungkin mempunyai kewajipan dari segi undang-undang untuk berkongsi maklumat yang disediakan seseorang Pemegang Akaun dengan Lembaga Hasil Dalam Negeri Malaysia ("LHDN"). LHDN mungkin membuat pertukaran maklumat tersebut dengan pihak berkuasa percukaian daripada bidang kuasa lain atau bidang kuasa yang mana Pemegang Akaun mungkin merupakan pemastautin bercukai berdasarkan perjanjian antara kerajaan untuk bertukar maklumat akaun kewangan.

Each jurisdiction has its own rules for defining tax residence. If you have any questions on how to determine your tax residency status, you should consult your tax adviser or information could be obtained at the OECD automatic exchange of information portal [[http://www.oecd.org/tax/transparency/automaticexchangeof information.htm](http://www.oecd.org/tax/transparency/automaticexchangeofinformation.htm)]. The Company will not be in a position to provide assistance beyond the information set out herein.

Setiap bidang kuasa mempunyai peraturan tersendiri untuk menentukan pemastautin bercukai. Jika anda mempunyai sebarang soalan untuk menentukan status pemastautin bercukai, anda hendaklah berunding dengan penasihat cukai anda atau maklumat berkaitan boleh didapati daripada portal maklumat pertukaran automatik OECD di [[http://www.oecd.org/tax/transparency/automaticexchangeof information.htm](http://www.oecd.org/tax/transparency/automaticexchangeofinformation.htm)]. Syarikat tidak mempunyai kedudukan untuk memberi bantuan selain daripada maklumat yang terkandung dalam borang ini.

Note: In the case of a Cash Value Insurance Contract or an Annuity Contract, the Account Holder is any person entitled to access the Cash Value or change the beneficiary of the contract. If no person can access the Cash Value or change the beneficiary, the Account Holder is any person named as the owner in the contract and any person with a vested entitlement to payment under the terms of the contract. Upon the maturity of a Cash Value Insurance Contract or an Annuity Contract, each person entitled to receive a payment under the contract is treated as an Account Holder.

Nota: Bagi Kontrak Insurans Nilai Tunai atau Kontrak Anuiti, Pemegang Akaun adalah mana-mana individu yang berhak mendapat Nilai Tunai atau menukar benefisiari dalam kontrak. Jika tiada individu yang berhak ke atas Nilai Tunai atau menukar benefisiari, Pemegang Akaun adalah individu yang dinamakan sebagai pemilik dalam kontrak dan mana-mana individu dengan kelayakan yang diletak hak ke atas pembayaran mengikut terma kontrak. Apabila Kontrak Insurans Nilai Tunai atau Kontrak Anuiti telah matang, setiap individu yang layak untuk menerima pembayaran di bawah kontrak dianggap sebagai Pemegang Akaun.

Policy No.

No. Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VI. COMMON REPORTING STANDARD (CRS):

PIAWAIAN LAPORAN BERSAMA (CRS):

Common Reporting Standard (CRS) Declaration:

Pengisytiharan Piawaian Laporan Bersama (CRS):

I certify that I am the Account Holder (or I am authorised to sign for the Account Holder) in respect of all the accounts to which this form relates.

Saya mengesahkan bahawa saya adalah Pemegang Akaun (atau saya diberi kuasa untuk menurunkan tandatangan bagi pihak Pemegang Akaun) bagi semua akaun yang berkaitan dengan borang ini.

I acknowledge that the information contained in this form, including information regarding the Account Holder and any reportable account(s) may be reported to IRBM and exchanged with the tax authorities of another country or countries in which the Account Holder may be tax resident, pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information.

Saya mengakui bahawa maklumat yang terkandung dalam borang ini, termasuk maklumat berkenaan Pemegang Akaun dan mana-mana akaun yang boleh dilaporkan, mungkin akan dilaporkan kepada LHDN dan dikongsi dengan pihak berkuasa cukai negara lain atau negara-negara yang mana Pemegang Akaun merupakan pemastautin bercukai, menurut perjanjian antara kerajaan untuk bertukar maklumat akaun kewangan.

I declare that all statements made in this form are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete. I undertake to inform the Company within 30 days if there is a change in circumstances that affects the tax residency status of the Account Holder or causes the information in this form to be incorrect or incomplete. I shall provide the Company with an updated self-certification form within 90 days of such change in circumstances.

Saya mengaku bahawa semua kenyataan dalam borang ini adalah benar dan lengkap mengikut pengetahuan dan kepercayaan saya. Saya berjanji untuk memaklumkan Syarikat dalam tempoh 30 hari jika terdapat sebarang perubahan keadaan yang memberi kesan terhadap status pemastautin bercukai bagi Pemegang Akaun atau menyebabkan maklumat yang terkandung dalam ini menjadi yang tidak benar atau tidak lengkap. Saya akan menyediakan Syarikat dengan borang pengakuan sendiri yang dikemas kini dalam tempoh 90 hari kepada Syarikat selepas pertukaran tersebut.

I understand that any person who provided any incorrect information required to be provided under the Malaysian laws on International Tax Compliance shall (unless he can show that he provided such incorrect information in good faith) be guilty of an offence and is punishable in accordance with the prevailing Common Reporting Standard Rules and Regulations.

Saya memahami bahawa mana-mana individu yang menyediakan sebarang maklumat yang tidak benar seperti diperlukan mengikut Undang-Undang Malaysia ke atas Pematuhan Cukai Antarabangsa (melainkan dapat dibuktikan bahawa maklumat yang tidak benar tersebut diperolehi secara jujur) adalah melakukan kesalahan yang boleh dikenakan selaras dengan undang-undang dan peraturan-peraturan Piawaian Laporan Bersama.

I agree to complete and sign such documents and do such things for purposes reasonably required by the Company to evaluate my proposal and to provide the products or services which I am applying for.

Saya bersetuju untuk melengkapkan dan menandatangani dokumen tersebut serta melakukannya bagi tujuan yang wajar seperti diperlukan Syarikat untuk menilai cadangan saya dan menyediakan produk atau perkhidmatan yang saya pohon.

Are you currently a tax resident outside Malaysia?

Adakah anda seorang pembayar cukai di luar Malaysia?

Note : Only be applicable to be filled if the policy is subjected to OECD Common Reporting Standard.

Nota : Hanya perlu diisi sekiranya polisi tertakluk pada Piawaian Laporan Bersama Pertubuhan Kerjasama Ekonomi dan Pembangunan ("OECD").

Policyowner Pemilik Polisi

No, I am currently solely a tax resident in Malaysia and do not have any foreign tax residency.

Tidak, saya adalah pemastautin yang dikenakan cukai di Malaysia sahaja dan tidak tertakluk pada cukai pemastautin luar negara.

Yes, I am currently a tax resident of the following countries/jurisdictions:

(Please fill the Tax Residency Self-Certification Form)

Ya, saya adalah pemastautin yang dikenakan cukai di negara-negara berikut:

(Sila isikan Borang Penyataan Pengisytiharan Residensi Cukai)

Policy No.

No. Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VII. DECLARATION AND AUTHORISATION BY THE POLICYOWNER, LIFE ASSURED AND ASURED

PENGISYTIHARAN DAN KEBENARAN OLEH PEMILIK POLISI, HAYAT YANG DIANSURANSKAN DAN ASURED

I hereby declare and agree to the following on behalf of myself and any person or entity who may have or claim any interest in the policy issued pursuant to this application form.

Saya mengaku dan bersetuju bagi pihak diri sendiri dan sesiapa saja atau entiti yang telah atau mungkin menuntut hak ke atas sebarang insurans yang dikeluarkan terhadap permohonan ini.

1. All the foregoing statements and answers in this application form together with any other documents or questionnaires submitted in connection with this application form and the proposal form for the policy and all statements made and answers given to the Company's medical examiner(s), are complete and accurate ("the Information") and I understand that the Information given by me is relevant to the Company in deciding whether to accept my application or not and the rates and terms to be applied. The Company may terminate or void the policy (if reinstated), deny or reduce my claim, or change or vary the terms of the policy contract, if there is any non-disclosure, misrepresentation, misstatement, inaccuracy or omission.

Semua kenyataan dan jawapan dalam borang permohonan ini beserta sebarang dokumen lain atau borang soal selidik yang dihantar berkaitan dengan borang permohonan ini dan borang cadangan untuk polisi ini dan semua kenyataan serta jawapan yang diberi kepada pemeriksa perubatan Syarikat, adalah lengkap dan tepat ("Maklumat") dan saya faham bahawa Maklumat yang saya beri adalah relevan kepada Syarikat bagi menentukan sama ada permohonan saya diterima atau tidak serta kadar dan syarat yang akan dikenakan. Syarikat boleh membatalkan kontrak polisi (jika dikembalikan), menafikan atau mengurangkan tuntutan saya atau mengubah atau menukar syarat kontrak polisi jika terdapat sebarang perkara yang tidak didedahkan, kenyataan yang salah, ketidaktepatan atau tertinggal.

2. I understand that any change in the state of health and circumstances of the Life Assured and Assured between the date of this application form and the date Company is on risk, must be communicated in writing to the Company.

Saya faham bahawa sebarang perubahan terhadap kesihatan dan keadaan Hayat yang Diasuranskan di antara tarikh borang permohonan ini dan tarikh Syarikat mempunyai risiko, mestilah dibuat secara bertulis kepada Syarikat.

3. I understand and agree that payment of premium before acceptance of this application by the Company does not commit the Company to approve my application and that the reinstatement of policy shall not take effect, and no cover whatsoever shall be provided unless and until this application has been fully accepted and the full amount of premiums due to the Company has been paid, and a notification of reinstatement is issued by the Company, while the Life Assured is in good health.

Saya memahami dan bersetuju bahawa pembayaran premium sebelum penerimaan borang permohonan ini oleh Syarikat tidak akan membenarkan permohonan saya berkuatkuasa melainkan, selepas borang permohonan ini diterima sepenuhnya dan premium penuh telah dibayar, berserta surat pengesahan pengembalian semula polisi telah dikeluarkan oleh pihak Syarikat, semasa Hayat yang diasuranskan berkeadaan sihat.

4. I understand and agree to the following further terms and conditions for reinstatement of policy:

Saya memahami dan bersetuju dengan terma-terma dan syarat-syarat berikut untuk pengembalian semula polisi:

- (a) No reinstatement will be allowed for:

Pengembalian semula tidak dibenarkan untuk:

- (i) Any policy which has lapsed for a period of more than 3 years for Whole Life and Endowment policies, and 12 months for Term policies and Medical policies/riders.

Polisi yang telah luput lebih dari 3 tahun untuk polisi Seumur Hidup dan Endowmen, dan 12 bulan untuk polisi Asurans Bertempoh dan polisi/rider kesihatan.

- (ii) A female Life Assured/Assured who is pregnant 8 months and above.

Hayat yang Diasuranskan/Asured wanita yang hamil 8 bulan dan ke atas.

- (iii) Life Assured/Assured aged 60 next birthday and above, subject to the Company's sole and absolute discretion to consider each application on a case-to-case basis.

Hayat yang Diasuranskan/Asured yang mencapai umur 60 tahun dan ke atas pada hari jadi akan datang, tertakluk kepada budi bicara pihak Syarikat tetapi ia boleh dipertimbangkan mengikut kes-kes tertentu.

- (b) In the event that my application is approved and my policy is reinstated:

Jika permohonan saya dibenarkan dan polisi saya dikuatkuasakan semula:

- (i) the effective date of the suicide provisions and the Waiting Period, stipulated in the policy or rider(s) to the same, shall commence from the date of such reinstatement; and

tarikh berkuat kuasa bagi peruntukan bunuh diri dan Tempoh Menunggu seperti dinyatakan dalam polisi atau rider yang sama, akan bermula dari tarikh penguatkuasaan semula tersebut; dan

- (ii) the cost of insurance/premium (where applicable) of the policy, will be revised accordingly taking into account any revision of insurance charges/premium rates (where applicable) to the policy or rider(s) attaching to the policy, upon the date of such reinstatement.

kos insurans/premium bagi polisi akan disemak semula sewajarnya dengan mengambil kira sebarang semakan semula caj insurans/kadar premium bagi polisi atau rider yang dilampirkan pada polisi, selepas tarikh penguatkuasaan semula tersebut.

5. I hereby authorise any doctor, medical practitioner, physician, hospital, laboratory, surgeon, nurse, medical staff, clinic, insurance company, organisation or institution, that has any records or knowledge of me or my health, to disclose to the Company or its representative any information about me, my health, medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment, and I authorise the Company and its representative to give and release any such information to any party to process this application and for the administration, analysis or processing of claim. A photocopy of this authorisation shall be effective and valid as the original.

Dengan ini saya membenarkan mana-mana doktor, pengamal perubatan, pakar perubatan, hospital, makmal, pakar bedah, jururawat, kakitangan perubatan, klinik, syarikat insurans, organisasi atau institut yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan berkenaan saya atau kesihatan saya, untuk mendedahkan sebarang maklumat kepada Syarikat atau wakilnya berkenaan saya, kesihatan saya, sejarah perubatan dan sebarang kemasukan hospital, nasihat, rawatan, penyakit atau sakit, dan saya membenarkan Syarikat dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan sebarang maklumat kepada mana-mana pihak bagi memproses permohonan ini dan untuk tujuan pentadbiran, analisis atau memproses tuntutan. Salinan fotostat pengesahan ini adalah berkuat kuasa dan sah seperti asal.

6. I have fully read and understood all the contents of, and the warnings and advice contained in this application form.

Saya telah membaca dengan sepenuhnya dan memahami segala kandungan, dan amaran dan nasihat yang terkandung di dalam borang permohonan ini.

Policy No.

No. Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

VII. DECLARATION AND AUTHORISATION BY THE POLICYOWNER, LIFE ASSURED AND ASSURED

PENGISYTIHARAN DAN KEBENARAN OLEH PEMILIK POLISI, HAYAT YANG DIANSURANSKAN DAN ASURED

CONSENT FROM POLICYOWNER / LIFE ASSURED / ASSURED

PERSETUJUAN DARI PEMILIK POLISI / HAYAT YANG DIANSURANSKAN / ASURED

I agree and consent to the Company and its related affiliates, as well as their respective representatives, agents, the companies' authorised service providers and relevant third parties to use the information provided in this application form for purposes reasonably required by the Company to evaluate and/or effect the reinstatement of policy and such other purposes in accordance with the Company's Personal Data Protection Notice ("Notice") which is available at www.greateasternlife.com.

Saya bersetuju dan mengizinkan Syarikat dan pihak berkaitan, serta wakil tertentu, ejen-ejen, pemberi perkhidmatan yang diberi kuasa oleh syarikat dan pihak ketiga yang relevan menggunakan informasi di dalam borang ini untuk tujuan munasabah yang diperlukan oleh Syarikat bagi menilai dan/atau melaksanakan pengembalian semula polisi dan tujuan lain seperti yang diterangkan dalam kenyataan Notis Perlindungan Data Peribadi yang boleh diakses daripada laman web GELM (www.greateasternlife.com).

I further declare that I have read and understood the said Notice.

Saya juga mengesahkan bahawa saya telah membaca dan memahami kenyataan Notis tersebut.

Should there be any inquiry or complaint (such as limiting the processing of certain information, including the withdrawal of consent to receive marketing information), I may contact the Customer Service Careline at 1300-1300 88 or the Privacy Officer at +6034813 3796, or write to the Company.

Sekiranya terdapat sebarang pertanyaan atau aduan (seperti menghadkan pemprosesan maklumat tertentu, termasuk membatalkan persetujuan untuk menerima maklumat pemasaran), saya akan menghubungi Customer Service Careline di talian 1300-1300-88 atau Pegawai Privasi di talian +603 4813 3796, atau menulis kepada Syarikat.

By ticking the box below:

Dengan menanda di dalam petak berikut:

I, the Policyowner would like to receive updates and information about products, services, promotions, charitable causes or other marketing information about, and from, the affiliates, business and strategic partners of the Company.

Saya, sebagai Pemilik Polisi ingin menerima kemas kini dan maklumat mengenai produk, perkhidmatan, promosi, tujuan amal atau maklumat pemasaran lain mengenai, dan dari, sekutu, rakan kongsi perniagaan dan strategik Syarikat.

I, the Life Assured would like to receive updates and information about products, services, promotions, charitable causes or other marketing information about, and from, the affiliates, business and strategic partners of the Company.

Saya, sebagai Hayat yang Diasuranskan ingin menerima kemas kini dan maklumat mengenai produk, perkhidmatan, promosi, tujuan amal atau maklumat pemasaran lain mengenai, dan dari, sekutu, rakan kongsi perniagaan dan strategik Syarikat.

I, the Assured would like to receive updates and information about products, services, promotions, charitable causes or other marketing information about, and from, the affiliates, business and strategic partners of the Company.

Saya, sebagai Asured ingin menerima kemas kini dan maklumat mengenai produk, perkhidmatan, promosi, tujuan amal atau maklumat pemasaran lain mengenai, dan dari, sekutu, rakan kongsi perniagaan dan strategik Syarikat.

Policy No.
No. Polisi

VII. DECLARATION AND AUTHORISATION BY THE POLICYOWNER, LIFE ASSURED AND ASURED
PENGISYTIHARAN DAN KEBENARAN OLEH PEMILIK POLISI, HAYAT YANG DIANSURANSKAN DAN ASURED

I/We, the undermentioned Policyowner, Life Assured and Assured, acknowledge that my/our above policy has lapsed. I/We request you to reinstate the said policy hereby expressly declaring and agreeing that the reinstatement thereof shall be on the faith of and conditional upon the truth of the foregoing statements and in accordance with the terms and conditions stated in the Policy and in this application form.

Saya/Kami Pemilik Polisi, Hayat yang Diasuranskan dan Asured yang disebutkan, mengetahui bahawa polisi di atas telah luput. Saya/Kami memohon kepada pihak anda untuk mengembalikan semula Polisi yang disebutkan, dengan ini mengisytiharkan dan bersetuju bahawa pengembalian semula akan bergantung kepada jawapan kepada kenyataan-kenyataan berikut dan mengikut terma-terma dan syarat-syarat yang dinyatakan di dalam polisi dan borang permohonan ini.

Dated / /
Tarikh / /
Day Hari Month Bulan Year Tahun

Signature of Policyowner
Tandatangan Pemilik Polisi

Name: _____
Nama
NRIC No.: _____
No.KP
Tel No.: _____
No. Tel

Signature of *Life Assured
Tandatangan *Hayat yang Diasuranskan

Name: _____
Nama
BC/NRIC No.: _____
No. Surat Beranak/KP
Tel No.: _____
No. Tel

*Signature is mandatory for child 10 years old and above.
*Tandatangan adalah wajib untuk anak berumur 10 tahun dan ke atas.

Signature of ***Assured
Tandatangan ***Asured

Name: _____
Nama
NRIC No.: _____
No.KP
Tel No.: _____
No. Tel

***Signature is mandatory for 3rd party policy with payer benefit rider.
***Tandatangan adalah wajib untuk polisi pihak ketiga dengan rider manfaat pembayar.

Signature of Witness+
Tandatangan Saksi+

Name: _____
Nama
NRIC No.: _____
No.KP
Tel No.: _____
No. Tel

Note: The Witness must be at least 18 years of age and cannot be a named Nominee or Trustee.
Nota: Saksi mestilah berumur 18 tahun ke atas dan bukan Penama atau Pemegang Amanah yang telah dilantik.

Note: Please ensure that the signatures of the Policyowner, Life Assured and the Assured are as per the signatures maintained in the Company's records.

Nota: Sila pastikan tandatangan Pemilik Polisi, Hayat yang Diasuranskan dan Asured adalah seperti di dalam rekod pihak Syarikat.

+ STATEMENT OF WITNESS KENYATAAN SAKSI

I hereby witness and certify that the signature(s) in this form was / were made before me and that to my own personal knowledge it is the signature(s) of the Policyowner / Life Assured / Assured under the Policy Number as mentioned above.

Dengan ini saya menyaksikan dan mengesahkan bahawa tandatangan dalam borang ini dibuat di hadapan saya dan setakat yang saya ketahui tandatangan tersebut adalah tandatangan Pemilik Polisi / Hayat yang Diasuranskan / Asured bagi Nombor Polisi seperti dinyatakan di atas.

VIII. CHANGE OF AGENT PENUKARAN EJEN

Revived by *Dihidupkan semula oleh* _____

Agent A/C No. *No akaun ejen*

Note: Please note that change of agent is only applicable for LAPSED policy more than 3 months and above ONLY
Nota: Sila ambil perhatian bahawa perubahan ejen hanya diguna pakai bagi polisi luput lebih daripada 3 bulan SAHAJA