

**SUPPLEMENTARY/REINSTATEMENT
APPLICATION FOR SPOUSE AND CHILDREN**
**PERMOHONAN TAMBAHAN/PENGUATKUASAAN
SEMULA UNTUK SUAMI ATAU ISTERI DAN ANAK-ANAK**

Proposed Owner / Pemunya Polisi: _____

Policy No. / No. Polisi: _____

IMPORTANT NOTE: YOU ARE REQUIRED 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 INVALIDATED.

NOTA PENTING: ANDA DIKEHENDAKI MENYATAKAN DI DALAM BORANG CADANGAN INI SECARA PENUH DAN JUJUR, SEMUA FAKTA YANG ANDA TAHU ATAU PATUT TAHU, JIKA TIDAK POLISI YANG DIKELUARKAN MENURUT CADANGAN INI ADALAH TIDAK SAH.

Supplementary application to accompany new life insurance application if Spouse Rider or Children Rider is required. / Permohonan Tambahan perlu disertakan bersama-sama permohonan insurans nyawa baru jika Rider Suami atau Isteri atau Rider anak-anak diperlukan.

Application for / Permohonan untuk:- _____

 Spouse / Suami atau Isteri Children / Anak-anak

 Children / Anak-anak

 Children / Anak-anak

The Proposed Owner must complete this supplementary application form on behalf of any Proposed Covered Members who are minors. Where coverage is extended to the Spouse and Child(ren) above age 18 years, the Spouse and such Children must also sign this application. / Pemunya Polisi mesti melengkapkan Borang Permohonan Tambahan ini bagi pihak ahli-ahli minor dilindungi bersama yang dicadangkan. Apabila perlindungan dilanjutkan kepada suami atau isteri atau anak-anak yang berumur 18 tahun ke atas, suami atau isteri dan anak-anak berkenaan juga dikehendaki menandatangani borang permohonan ini.

A DETAILS OF SPOUSE / BUTIRAN SUAMI ATAU ISTERI

Complete this section only if coverage is extended to the Spouse. Only one Spouse may be covered for each rider. / Lengkapkan bahagian ini jika perlindungan dilanjutkan kepada suami atau isteri. Hanya seorang suami atau isteri sahaja yang boleh dilindungi di bawah setiap Rider.

1. Full Name of Spouse / Nama Penuh Suami atau Isteri

.....

2. Identity Card (IC)/ Birth Certificate (BC) No. / No. Kad Pengenalan/Surat Beranak

New / Baru | Old / Lama

3. Date Of Birth & Age / Tarikh Lahir & Umur

Date Of Birth / / Age
Tarikh Lahir (DD/JH) (MM/BB) (YYYY/TTTT) Umur

4. Residential Address / Alamat Kediaman

.....

Postcode / Poskod Country / Negara

5. Height & Weight / Ketinggian dan Berat

Height / Ketinggian cm / sm | Weight / Berat kg / kg

6. Sex / Jantina

 Male / Lelaki Female / Perempuan

7. Race / Kaum

 Malay / Melayu Chinese / Cina Indian / India Others / Lain-lain

8. Occupation / Pekerjaan

.....

9. Exact Duties / Tugas Terperinci

.....

10. Name Of Employer / Nama Majikan

.....

11. Monthly Income (RM) / Pendapatan Bulanan (RM)

.....



B DETAILS OF COVERED CHILDREN / BUTIRAN ANAK-ANAK YANG DILINDUNGI

This Section is compulsory for all applications for Covered Children. Only natural or lawful Children of the Owner or the named Spouse who are under age 21 years and named in this section shall be covered. The owner may request for the removal or addition of Covered Children after the issuance of the policy subject to the Company's approval. / Seksyen ini wajib diisi untuk semua permohonan Anak-Anak Yang Dilindungi. Hanya anak kandung atau anak sah Pemunya Polisi atau suami/isteri yang dinamakan dalam Seksyen A yang berumur di bawah 21 tahun dan yang dinamakan di dalam seksyen ini sahaja yang akan dilindungi. Pemunya Polisi boleh memohon untuk pengeluaran atau penambahan bagi anak yang dilindungi selepas polisi dikeluarkan bergantung kepada kelulusan syarikat.

1. Full Name of Child No. I / Nama Penuh Anak No. I

2. Identity Card (IC)/ Birth Certificate (BC) No. / No. Kad Pengenalan/Surat Beranak

New / Baru | Old / Lama

3. Date Of Birth & Age / Tarikh Lahir & Umur

Date Of Birth / / Age
Tarikh Lahir (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT) Umur

4. Height & Weight / Ketinggian dan Berat

Height / Ketinggian cm / sm | Weight / Berat kg / kg

5. Sex / Jantina

Male / Lelaki Female / Perempuan

6. Occupation / Pekerjaan

7. Details of Inforce Insurance or Pending (if any) / Butiran mengenai insurans yang sedang berkuatkuasa atau sedang dipohon lagi (sekiranya ada)

Company / Syarikat | Year Issued / Tahun Berkuatkuasa
Plan / Pelan | Face Amount / Amaun Muka

1. Full Name of Child No. II / Nama Penuh Anak No. II

2. Identity Card (IC)/ Birth Certificate (BC) No. / No. Kad Pengenalan/Surat Beranak

New / Baru | Old / Lama

3. Date Of Birth & Age / Tarikh Lahir & Umur

Date Of Birth / / Age
Tarikh Lahir (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT) Umur

4. Height & Weight / Ketinggian dan Berat

Height / Ketinggian cm / sm | Weight / Berat kg / kg

5. Sex / Jantina

Male / Lelaki Female / Perempuan

6. Occupation / Pekerjaan

7. Details of Inforce Insurance or Pending (if any) / Butiran mengenai insurans yang sedang berkuatkuasa atau sedang dipohon lagi (sekiranya ada)

Company / Syarikat | Year Issued / Tahun Berkuatkuasa
Plan / Pelan | Face Amount / Amaun Muka

B DETAILS OF COVERED CHILDREN / BUTIRAN ANAK-ANAK YANG DILINDUNGI

1. Full Name of Child No. III / Nama Penuh Anak No. III

2. Identity Card (IC)/ Birth Certificate (BC) No. / No. Kad Pengenalan/Surat Beranak

New / Baru

Old / Lama

3. Date Of Birth & Age / Tarikh Lahir & Umur

Date Of Birth / / Age

Tarikh Lahir (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT) Umur

4. Height & Weight / Ketinggian dan Berat

Height / Ketinggian cm / sm

Weight / Berat kg / kg

5. Sex / Jantina

Male / Lelaki

Female / Perempuan

6. Occupation / Pekerjaan

7. Details of Inforce Insurance or Pending (if any) / Butiran mengenai insurans yang sedang berkuatkuasa atau sedang dipohon lagi (sekiranya ada)

Company / Syarikat

Year Issued / Tahun Berkuatkuasa

Plan / Pelan

Face Amount / Amaun Muka

1. Full Name of Child No. IV / Nama Penuh Anak No. IV

2. Identity Card (IC)/ Birth Certificate (BC) No. / No. Kad Pengenalan/Surat Beranak

New / Baru

Old / Lama

3. Date Of Birth & Age / Tarikh Lahir & Umur

Date Of Birth / / Age

Tarikh Lahir (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT) Umur

4. Height & Weight / Ketinggian dan Berat

Height / Ketinggian cm / sm

Weight / Berat kg / kg

5. Sex / Jantina

Male / Lelaki

Female / Perempuan

6. Occupation / Pekerjaan

7. Details of Inforce Insurance or Pending (if any) / Butiran mengenai insurans yang sedang berkuatkuasa atau sedang dipohon lagi (sekiranya ada)

Company / Syarikat

Year Issued / Tahun Berkuatkuasa

Plan / Pelan

Face Amount / Amaun Muka

B DETAILS OF COVERED CHILDREN / BUTIRAN ANAK-ANAK YANG DILINDUNGI

1. Full Name of Child No. V / Nama Penuh Anak No. V

2. Identity Card (IC)/ Birth Certificate (BC) No. / No. Kad Pengenalan/Surat Beranak

New / Baru Old / Lama

3. Date Of Birth & Age / Tarikh Lahir & Umur

Date Of Birth / / Age
 Tarikh Lahir (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT) Umur

4. Height & Weight / Ketinggian dan Berat

Height / Ketinggian cm / sm | Weight / Berat kg / kg

5. Sex / Jantina

Male / Lelaki Female / Perempuan

6. Occupation / Pekerjaan

7. Details of Inforce Insurance or Pending (if any) / Butiran mengenai insurans yang sedang berkuatkuasa atau sedang dipohon lagi (sekiranya ada)

Company / Syarikat Year Issued / Tahun Berkuatkuasa
 Plan / Pelan Face Amount / Amaun Muka

Apart from the children named above do you have any other children? / Selain daripada anak-anak yang dinamakan di atas, adakah anda mempunyai anak-anak lain? YES / YA NO / TIDAK

If "Yes", please provide details why you are not applying for coverage on them. / Jika "Ya", sila beri penjelasan mengapa anda tidak memohon perlindungan insurans untuk mereka.

C HEALTH DETAILS OF PROPOSED INSURED SPOUSE AND CHILDREN / BUTIRAN KESIHATAN SUAMI/LSTERI DAN ANAK-ANAK YANG DICADANGKAN

This section must be completed for all applications and is applicable for all Proposed Covered Members i.e. Spouse and/or Children. / Seksyen ini mesti dilengkapkan untuk semua permohonan dan berkenaan dengan semua Ahli-ahli Yang Dilindungi yang dicadangkan iaitu Suami atau Isteri atau/dan Anak-anak.

	YES / YA	NO / TIDAK	Details to any "Yes" answers. Please specify name of the relevant person(s). / Butiran kepada sebarang jawapan "Ya". Sila nyatakan dengan khusus nama orang yang berkenaan.
1. Have any Covered Member's weight changed by more than 7 lbs (or 3kg) in the past 12 months? / Pernahkah berat badan mana-mana Ahli Yang Dilindungi berubah melebihi 7lbs (atau 3 kg) dalam masa 12 bulan yang lalu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Have any Covered Member's application for insurance been rejected, postponed, or rated-up or modified in any way? / Pernahkah permohonan atau perlindungan insurans mana-mana Ahli Yang Dilindungi ditolak, ditangguh, dinaikkan kadarnya atau diubahsuai dalam apa cara jua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Do you consume alcohol? If "Yes", state your average weekly consumption of alcohol. / Adakah anda mengambil alcohol? Jika "Ya", nyatakan purata pengambilan mingguan alcohol anda. (i) Beer / Bir (ii) Wine / Wain (iii) Liquor / Minuman Keras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bottles/botol ml/ml shots/gelas
4. Have any Covered Member ever taken any habit forming drugs, narcotics, or been treated for alcoholism or substance abuse? / Pernahkah mana-mana Ahli Yang Dilindungi mengambil atau dirawat kerana ketagihan dadah, alcohol, narkotik atau penyalahgunaan ubat-ubatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Have any Covered Member smoked cigarettes within the last 12 months? If Yes, please state the quantity. / Adakah mana-mana Ahli Yang Dilindungi menghisap rokok dalam masa 12 bulan yang lepas? Jika Ya, sila nyatakan kuantiti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> stick(s)/day/ batang/sehari

**C HEALTH DETAILS OF PROPOSED INSURED SPOUSE AND CHILDREN /
BUTIRAN KESIHATAN SUAMI/LSTERI DAN ANAK-ANAK YANG DICADANGKAN**

This section must be completed for all applications and is applicable for all Proposed Covered Members i.e. Spouse and/or Children. / Seksyen ini mesti dilengkapkan untuk semua permohonan dan berkenaan dengan semua Ahli-ahli Yang Dilindungi yang dicadangkan iaitu Suami atau Isteri atau/dan Anak-anak.

	YES / YA	NO / TIDAK	Details to any "Yes" answers. Please specify name of the relevant person(s). / Butiran kepada sebarang jawapan "Ya". Sila nyatakan dengan khusus nama orang yang berkenaan.
6. Have any Covered Member ever had any illness or injury that required consultation by a physician or been hospitalised or subjected to X-rays, electrocardiograms, blood tests, biopsies, urinalysis or any diagnostic test in the last 5 years? / Sepanjang 5 tahun yang lepas pernahkah mana-mana Ahli Yang Dilindungi mengalami sebarang kesakitan atau kecederaan yang memerlukan rawatan doktor atau dimasukkan ke hospital atau menjalani ujian X-ray, elektrokardiogram, pemeriksaan darah, biopsi, ujian air kencing atau apa-apa ujian diagnostik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Are any Covered Member now on medication, medical advice or treatment? / Adakah mana-mana Ahli Yang Dilindungi sedang menerima rawatan atau nasihat perubatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Are any Covered Member member of any military force or engaged in any hazardous sports? / Adakah mana-mana Ahli Yang Dilindungi menganggotai mana-mana angkatan tentera atau terlibat dalam kegiatan sukan yang berbahaya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Have any Covered Member resided for more than one month in any other country other than Malaysia? / Pernahkah mana-mana Ahli Yang Dilindungi menetap di mana-mana negara lain selain dari Malaysia untuk tempoh melebihi satu bulan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Have any Covered Member any physical defect or health impairment? / Adakah mana-mana Ahli Yang Dilindungi mengalami sebarang kecacatan fizikal atau kesihatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Have any Covered Member had or been told they had or been treated for any of the following: diabetes, high blood pressure, asthma, hepatitis or hepatitis carrier, stroke, bronchitis, cancer, ulcer, epilepsy, mental or nervous disorder, sexually transmitted disease or diseases of the heart, lung, liver, kidney, digestive tract, blood or blood vessels; or any other disease, disorder, disability or injury? / Pernahkah mana-mana Ahli Yang Dilindungi mengalami atau diberitahu yang mereka mengalami atau menerima rawatan atau nasihat untuk: Kencing manis, tekanan darah tinggi, asma, hepatitis atau pembawa hepatitis, strok, bronkitis, kanser, ulser, epilepsi, gangguan mental atau sistem urat saraf, penyakit yang dijangkiti melalui hubungan seks atau penyakit yang berkaitan dengan jantung, paru-paru, hati, buah pinggang, organ pencernaan, darah dan salur darah; atau sebarang penyakit, gangguan, kesakitan atau kecederaan yang lain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Have any Covered Member at any time had any of the following symptoms for more than one week continuously: fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? / Pernahkah mana-mana Ahli Yang Dilindungi pada bila-bila masa mengalami sebarang simptom berikut secara berterusan melebihi satu minggu: keletihan, kehilangan berat badan, cirit birit, pembesaran nodus limfa atau lesi kulit yang luar biasa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Have any Covered Member received or expect to receive medical advice, counselling or treatment, in connection with AIDS, AIDS related condition or been told to have any of these? / Pernahkah mana-mana Ahli Yang Dilindungi menerima atau di jangka akan menerima nasihat perubatan, kauceling atau rawatan, berhubung dengan AIDS, keadaan yang berkaitan dengan AIDS atau diberitahu mengenainya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Have any Covered Member had a blood test for antibodies to the AIDS virus? / Pernahkah mana-mana Ahli Yang Dilindungi menjalani ujian darah untuk antibodi virus AIDS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Female Covered Member Only / Untuk Ahli Yang Dilindungi Wanita Sahaja (a) Have any female Covered Member ever had a pap smear which was advised to repeat within 6 months or was found to be abnormal? / Pernahkah mana-mana Ahli Yang Dilindungi wanita menjalani pemeriksaan papsmear di mana anda dinasihatkan supaya mengulangi pemeriksaan dalam tempoh 6 bulan, atau didapati abnormal? (b) Have any female Covered Member ever had any disorder of the breast, ovary, uterus or other female organs or had any pregnancy complications? / Pernahkah mana-mana Ahli Yang Dilindungi wanita mengalami gangguan berkaitan dengan payudara, ovari, rahim atau organ wanita yang lain atau mengalami sebarang komplikasi kehamilan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

D DECLARATIONS AND AUTHORISATIONS / PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

I/We the undersigned, hereby declare that my/our answers in this application are complete and true and binding upon me/us, and that the statements made in this application and in any other document submitted in connection with this supplementary application form the basis of the policy contract for the proposed insurance. I/We further agree that the insurance hereby applied for shall not take effect until issued by the Company and delivered to me/us during my/our good health. I/We also declare that any misrepresentation or concealment of facts shall render the policy, if issued, null and void. / Saya/kami mengakui bahawa semua jawapan saya/kami dalam permohonan adalah lengkap dan benar, dan mengikat ke atas saya/kami dan semua kenyataan yang dibuat dalam permohonan ini dan dalam mana-mana dokumen lain yang dikemukakan berkaitan dengan permohonan tambahan ini menjadi asas kontrak polisi untuk insurans yang dicadangkan. Saya/kami juga bersetuju bahawa insurans yang dipohon tidak akan berkuatkuasa sehingga polisi dikeluarkan di atas cadangan ini dan dihantar kepada saya/kami, dalam keadaan kesihatan yang baik saya/kami. Saya/kami juga mengakui bahawa salah nyataan atau penyembunyian fakta-fakta akan menyebabkan polisi saya, jika dikeluarkan, menjadi batal dan tidak sah.

I/We hereby authorise any licenced physician, clinic, hospital, insurance company, person, organisation or institution, that has any records or knowledge of the Proposed Insured Persons to give to the Company or its Reinsurers any such information. A photocopy of this authorisation will be effective and valid as the original. / Saya/kami dengan ini membenarkan mana-mana doktor, klinik, hospital, syarikat insurans, orang perseorangan, pertubuhan atau institusi yang mempunyai rekod atau pengetahuan mengenai saya atau kesihatan saya/kami, untuk mendedahkan kepada Syarikat atau Syarikat Insurans Semulanya sebarang maklumat sedemikian. Salinan pemberian kuasa ini adalah efektif dan sah seperti yang asal.

Dated at / Bertarikh di this / pada day of / haribulan ,
state / negeri month / bulan year / tahun

Signature of Proposed Owner / Tandatangan Pemunya Polisi

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Name / Nama :

IC No. / No. KP :

Address / Alamat:

Signature of Spouse / Tandatangan Suami/Isteri

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Name / Nama :

IC No. / No. KP :

Address / Alamat:

Children above 18 years /
Anak-anak yang berumur 18 tahun ke atas
Names / Nama:

Signature/ Tandatangan:

1.
2.
3.

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Name / Nama :

IC No. / No. KP :

Address / Alamat:

D DECLARATIONS AND AUTHORISATIONS / PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

Agent's Declaration / Pengakuan Ejen

(i) Did you personally see all Insured Persons for whom coverage is now being applied? / Adakah anda berjumpa dengan semua Pencadang Hayat yang sedang memohon perlindungan sekarang?

YES / YA NO / TIDAK

(ii) Did all Insured Persons appear healthy? / Adakah semua Pencadang Hayat kelihatan sihat?

I declare that, to my best belief and knowledge, the information contained in this Application are true and complete; they are the only information given to me by the Life Proposed and I have not withheld any information which might influence the acceptance of this application. / Saya dengan ini mengaku sejauh mana yang saya percayai, fahami dan ketahui, maklumat yang terkandung di dalam permohonan ini adalah benar dan lengkap; ia merupakan hanya maklumat yang telah diberikan kepada saya oleh Pencadang Hayat dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat yang mungkin akan mempengaruhi penerimaan permohonan ini.

I further agree that I have personally asked the Covered Member all questions in this proposal and witnessed his/her signature. / Saya juga mengakui bahawa saya telah menyoal semua Ahli Yang Dilindungi dengan semua soalan yang ada di dalam borang Permohonan ini dan telah menjadi saksi kepada tandatangan mereka.

.....

Signature of Agent / Tandatangan Ejen

Date / Tarikh :,,

Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

E FOR OFFICE USE ONLY / UNTUK KEGUNAAN PEJABAT SAHAJA

Checked by / Diperiksa oleh:

Approved by / Dilulus oleh:

Date / Perujuk Tarikh: