

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

IMPORTANT / PENTING:

PLEASE FILL IN THE INDIVIDUAL/ENTITY/CONTROLLING PERSON TAX RESIDENCY SELF CERTIFICATION STATUS FORM IF THERE IS ANY CHANGE IN NATIONALITY, CITIZENSHIP, RESIDENCY, OR COUNTRY OF ADDRESS/CONTACT NUMBER. / SILA ISIKAN BORANG PENGESAHAN DIRI PEMASTAUTIN CUKAI INDIVIDU/ENTITI/INDIVIDU YANG MENGAWAL JIKA ADA PERUBAHAN UNTUK KEWARGANEGARAAN, KERAKYATAN, KEDIAMAN, ATAU ALAMAT NEGARA/NOMBOR TELEFON.

YOU ARE REQUIRED TO TAKE REASONABLE CARE NOT TO MAKE ANY MISREPRESENTATION WHEN ANSWERING ANY QUESTIONS ASKED BY US, WHICH YOU SHOULD ANSWER FULLY AND ACCURATELY, AND TO DISCLOSE TO US ANY MATTER WHICH YOU KNOW TO BE RELEVANT TO OUR DECISION ON WHETHER TO ACCEPT THE RISK OR NOT AND THE RATES AND TERMS TO BE APPLIED. / ANDA DIKEHENDAKI UNTUK MENGAMBIL LANGKAH YANG SEWAJANYA UNTUK TIDAK MEMBUAT SEBARANG SALAHNYATA APABILA MENJAWAB SETIAP SOALAN-SOALAN YANG DIAJUKAN OLEH KAMI, DIMANA ANDA PERLU MENJAWAB DENGAN LENGKAP DAN TEPAT DAN MENDEDAHKAN KEPADA KAMI APA-APA PERKARA YANG ANDA TAHU UNTUK MENJADI RELEVAN DENGAN KEPUTUSAN KAMI SAMA ADA UNTUK MENERIMA ATAU TIDAK RISIKO DAN KADAR DAN TERMA YANG HENDAK DIPAKAI.

Policy No. / No. Polisi : _____ Policy Owner / Pemunya Polisi : _____

This Supplementary application is to accompany new life insurance application/application for reinstatement/additional benefits 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.

The Policy 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 (as per NRIC/Passport) / Nama Penuh Suami atau Isteri (seperti dalam KP/Pasport)		2. Date of Birth / Tarikh Lahir	
.....	 / / (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT) (Age/Umur)	
3. New NRIC/Passport No. / No. KP Baru/No. Pasport		4. Nationality / Kewarganegaraan	
.....		
5. Contact details / Butiran Perhubungan			
Mobile No. / Tel Bimbit:		Residential Tel No. / No. Tel Kediaman:	
(Mandatory / Wajib)			
Business Tel No. / No. Tel Pejabat:		Email Address / Alamat Emel:	
6. Height & Weight / Ketinggian dan Berat		7. Gender / Jantina	
Height / Ketinggian cm / sm		<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan	
Weight / Berat kg / kg			
8. Race / Kaum			
<input type="checkbox"/> Malay / Melayu <input type="checkbox"/> Chinese / Cina <input type="checkbox"/> Indian / India <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain			
9. Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat			
<input type="checkbox"/> Please tick if same as Policy Owner / Sila tandakan jika sama dengan Pemunya Polisi			
.....			
.....			
Postcode / Poskod		Country / Negara	

Version 012026



A DETAILS OF SPOUSE / BUTIRAN SUAMI ATAU ISTERI

10. Residential Address (if different from the above) / Alamat Kediaman (jika berbeza daripada di atas)

.....
.....
Postcode / Poskod Country / Negara

11. Occupation / Pekerjaan

12. Exact Duties / Tugas Terperinci

13. Name of Employer / Nama Majikan

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

15. Nature of Business / Jenis Perniagaan

* Please submit a copy of new employment letter if the occupation is different from the application. / Sila serahkan salinan surat tawaran pekerjaan yang baru jika pekerjaan berbeza daripada permohonan.

** The new occupation shall be review and update if it is different from the application. / Pekerjaan baru akan disemak dan dikemas kini jika berbeza daripada permohonan.

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

This Section is compulsory for all Covered Children. Only natural or lawful Children of the Policy Owner or the named Spouse who are under age 21 years and named in this section shall be covered. The Policy 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. 1 (as per NRIC/Passport) / Nama Penuh Anak No. 1 (seperti dalam KP/Pasport)

2. Date of Birth / Tarikh Lahir

..... / /
(DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT) (Age/Umur)

3. New NRIC/Passport No. / No. KP Baru/No. Pasport

4. Nationality / Kewarganegaraan

5. Contact details / Butiran Perhubungan

Mobile No. / Tel Bimbit: Residential Tel No. / No. Tel Kediaman:

Business Tel No. / No. Tel Pejabat: Email Address / Alamat Emel:

6. Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat

Please tick if same as Policy Owner / Sila tandakan jika sama dengan Pemunya Polisi

Postcode / Poskod Country / Negara

7. Residential Address (if different from the above) / Alamat Kediaman (jika berbeza daripada di atas)

.....
.....
Postcode / Poskod Country / Negara

8. Height & Weight / Ketinggian dan Berat

9. Gender / Jantina

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

Male / Lelaki Female / Perempuan

10. Race / Kaum

11. Occupation / Pekerjaan

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

12. Name of employer / Nama Majikan

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

1. Full Name of Child No. 2 (as per NRIC/Passport) / Nama Penuh Anak No. 2 (seperti dalam KP/Pasport)		2. Date of Birth / Tarikh Lahir	
.....	 / / (Age/Umur)	
..... (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT)			
3. New NRIC/Passport No. / No. KP Baru/No. Pasport		4. Nationality / Kewarganegaraan	
.....		
5. Contact details / Butiran Perhubungan			
Mobile No. / Tel Bimbit: (Mandatory / Wajib)		Residential Tel No. / No. Tel Kediaman:	
Business Tel No. / No. Tel Pejabat:		Email Address / Alamat Emel:	
6. Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat			
<input type="checkbox"/> Please tick if same as Policy Owner / Sila tandakan jika sama dengan Pemunya Polisi			
.....			
.....			
Postcode / Poskod		Country / Negara	
7. Residential Address (if different from the above) / Alamat Kediaman (jika berbeza daripada di atas)			
.....			
.....			
Postcode / Poskod		Country / Negara	
8. Height & Weight / Ketinggian dan Berat		9. Gender / Jantina	
Height / Ketinggian cm / sm Weight / Berat kg / kg		<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan	
10. Race / Kaum		11. Occupation / Pekerjaan	
<input type="checkbox"/> Malay / Melayu <input type="checkbox"/> Chinese / Cina <input type="checkbox"/> Indian / India <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain		
12. Name of employer / Nama Majikan			
.....			
.....			
1. Full Name of Child No. 3 (as per NRIC/Passport) / Nama Penuh Anak No. 3 (seperti dalam KP/Pasport)		2. Date of Birth / Tarikh Lahir	
.....	 / / (Age/Umur)	
..... (DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT)			
3. New NRIC/Passport No. / No. KP Baru/No. Pasport		4. Nationality / Kewarganegaraan	
.....		
5. Contact details / Butiran Perhubungan			
Mobile No. / Tel Bimbit: (Mandatory / Wajib)		Residential Tel No. / No. Tel Kediaman:	
Business Tel No. / No. Tel Pejabat:		Email Address / Alamat Emel:	
6. Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat			
<input type="checkbox"/> Please tick if same as Policy Owner / Sila tandakan jika sama dengan Pemunya Polisi			
.....			
.....			
Postcode / Poskod		Country / Negara	

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

7. Residential Address (if different from the above) / Alamat Kediaman (jika berbeza daripada di atas)

.....
.....
Postcode / Poskod Country / Negara

8. Height & Weight / Ketinggian dan Berat

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

9. Gender / Jantina

Male / Lelaki Female / Perempuan

10. Race / Kaum

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

11. Occupation / Pekerjaan

.....

12. Name of employer / Nama Majikan

.....

1. Full Name of Child No. 4 (as per NRIC/Passport) / Nama Penuh Anak No. 4 (seperti dalam KP/Pasport)

.....

2. Date of Birth / Tarikh Lahir

..... / /
(DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT) (Age/Umur)

3. New NRIC/Passport No. / No. KP Baru/No. Pasport

.....

4. Nationality / Kewarganegaraan

.....

5. Contact details / Butiran Perhubungan

Mobile No. / Tel Bimbit: Residential Tel No. / No. Tel Kediaman:

Business Tel No. / No. Tel Pejabat: Email Address / Alamat Emel:

6. Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat

Please tick if same as Policy Owner / Sila tandakan jika sama dengan Pemunya Polisi

.....

Postcode / Poskod Country / Negara

7. Residential Address (if different from the above) / Alamat Kediaman (jika berbeza daripada di atas)

.....

Postcode / Poskod Country / Negara

8. Height & Weight / Ketinggian dan Berat

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

9. Gender / Jantina

Male / Lelaki Female / Perempuan

10. Race / Kaum

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

11. Occupation / Pekerjaan

.....

12. Name of employer / Nama Majikan

.....

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

1. Full Name of Child No. 5 (as per NRIC/Passport) /
Nama Penuh Anak No. 5 (seperti dalam KP/Pasport)

2. Date of Birth / Tarikh Lahir

..... / /
(DD/HH) (MM/BB) (YYYY/TTTT) (Age/Umur)

3. New NRIC/Passport No. / No. KP Baru/No. Pasport

4. Nationality / Kewarganegaraan

5. Contact details / Butiran Perhubungan

Mobile No. / Tel Bimbit: Residential Tel No. / No. Tel Kediaman:
(Mandatory / Wajib)

Business Tel No. / No. Tel Pejabat: Email Address / Alamat Emel:

6. Correspondence Address / Alamat Surat Menyurat

Please tick if same as Policy Owner / Sila tandakan jika sama dengan Pemunya Polisi

Postcode / Poskod Country / Negara

7. Residential Address (if different from the above) / Alamat Kediaman (jika berbeza daripada di atas)

Postcode / Poskod Country / Negara

8. Height & Weight / Ketinggian dan Berat

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

9. Gender / Jantina

Male / Lelaki Female / Perempuan

10. Race / Kaum

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

11. Occupation / Pekerjaan

12. Name of employer / Nama Majikan

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 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, alkohol, 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
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 any physical defect or health impairment? / Adakah mana-mana Ahli Yang Dilindungi mengalami sebarang kecacatan fizikal atau kesihatan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. 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"/>	

**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 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.
<p>11. 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?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>12. 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, kauseling atau rawatan, berhubung dengan AIDS, keadaan yang berkaitan dengan AIDS atau diberitahu mengenainya?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>13. 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?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>14. Female Covered Member Only / Untuk Ahli Yang Dilindungi Wanita Sahaja</p> <p>(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?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>(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?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Version 01/2026

D TRAVEL QUESTIONNAIRE / SOALAN PELANCONGAN

1. In the next 12 months, do you have plan to travel, work or reside outside Malaysia for more than a total of 6 months (183 days)? / Adakah anda merancang untuk melancong, bekerja, atau menetap di luar Malaysia selama lebih daripada 6 bulan (183 hari)?

YES / YA NO / TIDAK

If Yes, please provide travel details. / Jika Ya, sila berikan butiran.

	Next 12 Months / 12 Bulan yang Akan Datang	
	Spouse / Suami atau Isteri	Children / Anak-anak
Country / Negara		
Cities / Bandar-bandar		
Duration Per Visit / Tempoh Setiap Lawatan		
Frequency Per Year / Kekerapan Setiap Tahun		
Purpose / Tujuan		

E NOTICE ON PERSONAL DATA AND PRIVACY / NOTIS DATA PERIBADI DAN PRIVASI

I have read the Company's Notice on Personal Data and Privacy and hereby consent to the processing of my personal data in accordance with the Company's Notice on Personal Data and Privacy as set out in the Company's website (www.manulife.com.my). / Saya telah membaca Notis Data Peribadi dan Privasi Manulife dan dengan ini memberi kebenaran untuk data peribadi saya diproses mengikut Notis Data Peribadi Manulife yang disertakan di laman web Manulife (www.manulife.com.my).

*Please tick one / *Sila tandakan satu:

I / Saya agree / bersetuju / disagree / tidak bersetuju

that any personal information collected or held by Manulife (whether contained in this form or otherwise obtained) may be held, used and disclosed by Manulife to third parties for the purpose of marketing and promotions. / bahawa mana-mana maklumat peribadi yang dikumpulkan atau dipegang oleh Manulife (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh dipegang, digunakan atau dinyatakan oleh Manulife kepada mana-mana pihak ketiga untuk tujuan pemasaran dan promosi.

F 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.

Signed at / Ditandatangani di on / pada day of / haribulan ,
state / negeri date / tarikh month / bulan year / tahun

Signature of Policy Owner / Tandatangan Pemunya Polisi

Name / Nama :

New NRIC/Passport No. /

No. KP Baru/No. Pasport :

Signature of Spouse / Tandatangan Suami/Isteri

Name / Nama :

New NRIC/Passport No. /

No. KP Baru/No. Pasport :

Children above 18 years /

Anak-anak yang berumur 18 tahun ke atas

Names / Nama:

1.

2.

3.

Signature/ Tandatangan:

.....

.....

.....

AGENT'S DECLARATION / PENGAKUAN EJEN

I hereby declare that, to my best belief and knowledge, the information contained in this application is true and complete. The information is given by the Policy Owner and I have not withheld any information which might influence the acceptance of this application. / Saya dengan ini mengakui bahawa, dengan apa yang saya percayai dan ketahui, maklumat yang terkandung di dalam permohonan ini adalah benar dan lengkap. Maklumat ini diberikan oleh Pemunya Polisi dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat yang mungkin akan mempengaruhi kelulusan permohonan ini.

I have personally seen the Covered Members and have sighted the original Identity Card/Passport/Birth Certificate of the Covered Members and the details therein contained have been verified and authenticated by me. / Saya telah secara peribadi melihat semua Ahli Yang Dilindungi dan telah melihat Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Lahir asal semua Ahli Yang Dilindungi dan maklumat yang terkandung di dalamnya adalah disahkan oleh saya.

.....
Witnessed by Agent / Disaksikan oleh Ejen

Date / Tarikh : , ,
Day / Hari Month / Bulan Year / Tahun

Name / Nama :

New NRIC/Passport No. /
No. KP Baru/No. Pasport :

Tel No. / No. Tel :