

IMPORTANT NOTICE: - Pursuant to Section 150 of the Insurance Act 1996, you are to disclose in this proposal form (and in any personal statement to the company or to the medical examiner of the company) fully and faithfully, all the facts which you know or ought to know, otherwise the policy issued hereunder may be invalidated.

Menurut Seksyen 150 Akta Insurans 1996, anda adalah dikehendaki untuk menyatakan dengan jujur dan lengkap di dalam borang cadangan ini (atau di dalam mana-mana kenyataan peribadi atau kepada pegawai perubatan syarikat ini) segala maklumat yang anda tabu atau perlu ketabui. Kegagalan anda untuk berbuat demikian akan mengakibatkan polisi yang dikeluarkan sebagai tidak sah.

重要通知:- 根据1996年保险法令第150条例, 您必须充分及忠实地填写建议表格, (任何对公司或公司法医的声明), 所有您知道或应该知道的事实, 否则保单将可能无效。

GROUP GUARANTEED RENEWABLE TERM ASSURANCE PROGRAMME
PROGRAM PEMBAHARUAN TERJAMIN INSURANS BERKELOMPOK BERTEMPOH

保证更新集体定期保险计划

PROPOSAL FORM / BORANG CADANGAN
投保表格

POLICY NO / NO POLISI / 保单号码: **GLY0572**

PARTICULARS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG / 投保表格资料

PATHLAB HEALTH MANAGEMENT (M) SDN BHD
MXM TOWER, LEVEL 1201, BLOCK A, PUSAT DAGANGAN PHILEO DAMANSARA II
NO. 15 JALAN 16/11, OFF JALAN DAMANSARA, 46350 PETALING JAYA, SELANGOR

PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED / BUTIR-BUTIR ORANG YANG DIINSURANSKAN / 投保人资料

FULL NAME (as in NRIC/Passport) / Nama Penuh (Seperti dalam KP/Pasport) / 姓名 (根据新身份证/护照)

ADDRESS / Alamat / 地址 _____

POSTCODE / Poskod 邮区编号 _____

NRIC NO. / No. KP (NEW / Baru) 身份证号码/护照号码 (新) _____ (OLD / Lama / 旧) _____

PASSPORT NO. / No. Pasport / 护照号码 _____

DATE OF BIRTH / Tarikh Labir / 生日日期 _____ NATIONALITY / Wargenegara / 国籍 _____

RACE / Bangsa / 种族: _____ GENDER / Jantina / 性别: _____

MARITAL STATUS / Taraf Perkahwinan / 婚姻状况: _____

HEIGHT / Ketinggian / 身高: _____ cm WEIGHT / Berat / 体重: _____ kg

MOBILE / HOUSE / OFFICE (Tel. Bimbit / Rumah / Pejabat) 手提/住家/公司电话号码: _____

OCCUPATION (Please specify nature of work) / Pekerjaan (Sila nyatakan tugas pekerjaan dengan jelas) 职业 (请说明职业性质) _____

Health Information / Informasi Kesihatan (If your answer is 'Yes', please provide details / Sekiranya jawapan anda 'Ya', sila nyatakan dengan terperinci) 健康资料 (若答案为“是”, 请提供详细资料)		Yes 是	No 否
		Please (✓) 请 (✓)	
1.	Has any of your application or reinstatement for life or medical insurance ever been Declined/Rated/Modified/Postponed? Adakah sebarang permohonan atau penyertaan semula insurans perubatan atau hayat anda pernah Ditolak/Dikadarkan/Diubahsuai/Ditunda? 你在申请或更新人寿或医药保险时是否曾被拒保/征收额外保费/更改/延迟?		
2.	Do you ever had or been told you had or been treated for respiratory disease, high blood pressure, chest pain, heart disease, blood/blood vessel disease, ulcer or bowel disease, liver/gall bladder disease, renal stones or any disorder of the genito-urinary system, epilepsy, mental/nervous disorder, diabetes, cancer, AIDS, tumour or any other disease/disorder/severe injury not mentioned above? Adakah anda pernah menghidapi atau anda telah diberitahu atau telah menerima rawatan bagi penyakit rawatan pernafasan, tekanan darah tinggi, sakit dada, sakit jantung, penyakit darah/saluran darah, penyakit usus atau ulser, penyakit hati/hempedu, batu karang atau sebarang gangguan system genitor-urinary, sawan, gangguan mental/saraf, kencing manis, kanser, AIDS, tumor atau sebarang panyakil/kecederaan yang teruk lain yang tidak dinyatakan diatas? 你是否曾患上或接受呼吸管疾病、高血压、胸痛、心疾、血液/血管疾病、溃疡或便秘疾病、肝/胆囊疾病、结石或尿道系统不正常、癫痫症、精神/神经不正常、糖尿病、癌症、爱滋病、肿瘤或任何其他以上没说明的疾病/不正常情况/严重受伤的治疗? If 'yes', please state details / Jika 'ya', sila nyatakan dengan terperinci. 若是, 请写下详细资料。		

Health Information / <i>Informasi Kesihatan</i> (If your answer is 'Yes', please provide details / <i>Sekiranya jawapan anda 'Ya', sila nyatakan dengan terperinci</i>) 健康资料 (若答案为“是”，请提供详细资料)		Yes 是	No 否
		Please (✓) 请 (✓)	
3.	Has any member of your immediate family ever suffered from or died of cancer, diabetes, hypertension, stroke, kidney disease, heart disease, nervous disorder, mental disease, hereditary or congenital disease or any AIDS related condition? If yes, give details below: - <i>Adakah ibubapa kandung atau adik-beradik anda menghidap atau meninggal dunia akibat kanser, kencing manis, darah tinggi, angin ahmar, penyakit buah pinggang, penyakit jantung, sakit jiwa atau apa-apa jenis penyakit sejak lahir atau sebarang keadaan yang berkaitan dengan AIDS? Jika ya, sila beri keterangan lengkap:-</i> 你的直系家庭成员是否曾患上或因癌症、糖尿病、高血压、中风、肾脏病、心疾、神经不正常、精神病、遗传或先天性病症或任何爱滋病状况而导致死亡?		
4.	In the past 5 years, have you had any diagnostic test (such as X-ray, electrocardiogram or blood study) done due to medical reasons and/or any serious illness, operation, medical advice or hospital treatment not mentioned above? <i>Dalam tempoh 5 tahun lepas, pernahkah anda menjalani sebarang ujian diagnostic (seperti sinaran-X, elektrokardiogram atau ujian darah) dilakukan atas sebab-sebab perubatan dan/atau sebarang penyakit yang serius, pembedahan, khidmat nasihat perubatan atau rawatan hospital yang tidak dinyatakan diatas?</i> 在过去5年，你是否做过因医药原因及/或任何严重疾病、手术、医药咨询或其他没有说明的医院治疗之诊断测试（例如X光、心电图或血液报告）？		
5.	Have you ever used any habit forming drugs/narcotics/alcohol excessively/smoking more than 20 cigarettes a day? <i>Adakah anda pernah mengambil dadah/narkotik/ketagihan arak (meminum arak secara berlebihan), merokok melebihi 20 batang sehari?</i> 您是否有服用药物/镇定剂或酗酒的习惯，或曾在一天内抽用超过 20 支烟？		
6.	Is there any other fact, circumstances or information regarding your health which was not specifically mentioned above? <i>Adakah terdapat fakta-fakta, keadaan atau informasi berkenaan dengan kesihatan anda yang lain yang tidak dinyatakan diatas?</i> 是否有任何其他关于您健康的事实，情形或资料没有具体地在上述各项里被提到？		
7.	Female only / <i>Untuk wanita sahaja</i> (a) Are you now pregnant? (if 'yes', how many months) / <i>Adakah anda sedang hamil? (Jika 'ya', berapa bulan)</i> _____ (b) Have you ever had any disorder of the breast or female organs, or complication at birth? / <i>Pernahkah anda mengalami sebarang komplikasi semasa bersalin atau penyakit payudara atau organ wanita?</i> 女性而已 (a) 您目前是否怀有身孕（若是，已有多少个月）？ (b) 您是否曾患上任何胸部或任何女性器官之疾病，或分娩并发症		

SUM ASSURED / *JUMLAH DIINSURANSKAN* / 保额

Please tick (✓) box / *Sila tanda (✓) petak* / 请在适用的格子打勾

SILVER - RM50,000

GOLD - RM100,000

PLATINUM - RM200,000

DIAMOND - RM300,000

PARENT/GUARDIAN CONSENT / *KEBENARAN IBUBAPA/PENJAGA* / 父母/监护人同意声明 (Under seksyen 153(1) Akta Insurans 1996 / *Under Section 153 (1) of the Insurance Act 1996*) (1996年保险法令第153(1)项)

NOTICE:- Parent or legal guardian's consent is required if Life Assured is between the ages of 10-16 years at the time of proposing for a life policy.

NOTIS:- Kebenaran ibubapa/penjaga diperlukan jika Hayat Diinsuranskan berumur antara 10-16 tahun semasa membuat cadangan untuk insurans hayat

注意：若生命受保人在申请人寿保单时年龄介于 10 - 16 岁之间，则必须获得父母或法定监护人的同意。

Pursuant to Section 153(1) of the Insurance Act 1996, I the parent/legal guardian of the Life Assured hereby consent to his/her taking a Life policy with MCIS ZURICH Insurance Berhad and/or assigning it.

Menurut seksyen 153(1) Akta Insurans 1996, Saya sebagai ibubapa/penjaga yang sah dengan ini membenarkan Hayat Diinsuranskan memiliki satu polisi Hayat dengan syarikat MCIS ZURICH Insurance Berhad atau menyerahkannya.

依据1996年保险法令第 153(1)项，我，生命受保人之父母/法定监护人，于此同意他/她向 MCIS ZURICH Insurance Berhad 购买 / 转让人寿保单。

If guardian: Attach copy of adoption certificate. / *Jika penjaga: Sila kepillkan sijil anak angkat* / 若为监护人：请附上领养证书

Name of Parent/Guardian / *Nama ibubapa/penjaga* / 父母 / 监护人姓名

Signature of Parent/Guardian / *Tandatangan ibubapa/penjaga* / 父母 / 监护人签名

DECLARATION AND AUTHORISATION / PENGAKUAN DAN PENGESAHAN / 声明与授权

I declare that the information given in this proposal and any information supplied to MCIS ZURICH Insurance Berhad are true whether written by me or on my behalf and that nothing material has been withheld. I also agree if anything contrary to the truth is stated herein the contract shall be absolutely void. I understand that the information given in this proposal and any information made to the Company or to the Medical Examiner of the Company shall be the basis of the contract for assurance. I agree that there shall be no liability upon the Company until the first premium is paid in full.

Saya dengan ini mengaku bahawa sebarang maklumat yang diberikan kepada MCIS ZURICH Insurance Berhad adalah benar sama ada ditulis oleh saya sendiri atau ditulis bagi pihak saya dan tiada sebarang maklumat yang disembunyikan. Saya juga mengakui bahawa sekiranya ada sebarang maklumat yang bertentangan dengan kebenaran maka perjanjian ini akan terbatal. Saya mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan didalam borang cadangan atau Syarikat atau Pegawai Perubatan Syarikat akan menjadi asas perjanjian kontrak Insurans. Saya bersetuju bahawa Syarikat tidak bertanggungjawab terhadap sebarang tuntutan sehingga premium pertama dijelaskan dengan sepenuhnya.

本人在此声明所有提供给此要保书及给予 MCIS ZURICH 的资料皆真实及正确而并没有隐瞒、误述或虚报任何重要事实。否则有关之保单将被作废。本人了解提供给此要保书的资料及任何给予公司或公司医药检验人员的资料将成为发出保单契约的根基。本人同意公司并没有背负任何责任直至首期保费已完全缴清。

I consent to the Company seeking medical information on the life assured from any doctor who at any point of time has attended to the life assured or seeking information from any insurance office, organisation or person on any relevant information concerning the life assured and I authorise the giving of such information. A photocopy of this authorisation shall be as valid as the original.

Saya mengizinkan Syarikat mendapatkan keterangan daripada sebarang doctor yang merawat diri yang diinsuranskan pada bila-bila masa atau sebarang keterangan dari pejabat Insuran, Syarikat atau sesiapa berhubung dengan diri yang diinsuranskan dan saya membenarkan pemberian keterangan itu. Salinan fotokopi pengakuan ini adalah sah seperti asal.

本人同意并授权公司向任何曾向生命受保人提供咨询的医生，任何保险公司的员工，团体或任何人士索取与生命受保人相关的资料。此授权声明的影印副本已正本同样有效。

Notes / Nota / 备注:

If life assured is a child below 10 years old, the parent or legal guardian must sign and fill up the information below / *Sekiranya hayat diinsuranskan adalah anak berumur 10 tahun ke bawah, ibubapa / penjaga harus menandatangani dan mengisi informasi dibawah.* / 若生命受保人乃 10 岁以下之孩童，父母或法定监护人填写并签署以下部分。

Signature of Life Assured/

parent/legal guardian : _____
Tandatangan Hayat Diinsuranskan
Ibubapa/penjaga
受保人/父母/合法监护人的签名

Signature of witness / : _____
Tandatangan Saksi /
见证人的签名

Name of Life Assured/parent/

Legal guardian : _____
Nama Hayat Diinsuranskan/
Ibubapa/penjaga
受保人/父母/合法监护人的姓名

Name of Witness / : _____
Nama Saksi /
见证人的姓名

Identity Card No : _____
No Kad Pengenalan
身份证号码

Identity Card No : _____
No Kad Pengenalan
身份证号码

Date / *Tarikh* / 日期 : _____

Date / *Tarikh* / 日期 : _____

Notes / Nota / 注:

- (a) Please ensure that you receive an individual certificate of insurance as proof of insurance.

Sila pastikan anda menerima sijil insurans individu sebagai bukti perlindungan insurans.
请确保你收到一份个人保险证明你已受保。

- (b) If you do not receive the certificate of insurance within sixty (60) days from submission of your proposal form, please follow-up with the master policyowner or contact the insurance company.

Jika anda tidak menerima sijil insurans dalam tempoh enam puluh (60)hari dari tarikh penghantaran borang cadangan, sila rujuk kepada pemegang polisi utama atau hubungi pihak syarikat insurans.

若你在呈交投保表格的60天内还没有收到保险证书，请联络主要保单持有人或保险公司。

NOMINATION FORM / BORANG PENAMAAN / 提名表格

- Under Section 167 (1) of the Insurance Act 1996, any person you nominate, apart from your spouse, child or parent (if there is no spouse or child living at the time of nomination) will receive the policy moneys as an executor of your estate and not solely as a beneficiary. Any payment to the nominee shall form part of your estate and be subject to your debts. *Dibawah Seksyen 167 (1) Akta Insurans 1996, sesiapa yang anda namakan, selain daripada pasangan, anak atau ibu-bapa anda (sekiranya tiada pasangan atau anak yang hidup semasa penamaan dibuat) akan menerima wang polisi sebagai wasi dan bukan semata-mata sebagai benefisiari. Apa-apa bayaran kepada penama itu akan menjadi sebahagian daripada harta pusaka anda dan tertakluk kepada hutang anda.*
根据 1996 年保险法令第 167(1) 项, 您的被提名人, 不包括您的配偶, 孩子或父母 (若在提名时没有配偶或孩子), 将以遗产执行人的身份获取保单的利益, 而并不只是受益人。任何付给被提名人利益将形成您遗产的一部份并受限于您所负的债务。
- If it is your intention for the above nominee to receive the policy moneys beneficially, you must assign the policy moneys to the nominee by way of an assignment. *Sekiranya anda berhasrat untuk menjadikan penama sebagai benefisiari keatas wang polisi, anda mestilah memperuntukkan wang polisi tersebut melalui serahhak*
若您的出发点是让以上的被提名人领取您的保单利益, 您必须以转让的方式将保单利益转让给有关的被提名人。
- Under section 166 (1) of the Insurance Act 1996, if you nominate your spouse, child or parent (if there is no spouse or child living at the time of nomination), a trust will be created in their favour and the policy moneys will not be subject to your estate or your debts. You can appoint a trustee to manage the trust. This is not applicable to Muslim policy owners. *Dibawah Seksyen 166 (1) Akta Insurans 1996, sekiranya anda menamakan pasangan, anak atau ibu-bapa anda (sekiranya tiada pasangan atau anak yang hidup semasa penamaan dibuat), suatu amanah bagi faedah penama akan diwujudkan dan wang polisi itu tidak menjadi sebahagian daripada harta pusaka anda dan tidak tertakluk kepada hutang anda. Anda boleh melantik pemegang amanah untuk menguruskan wang polisi. Syarat ini tidak digunapakai untuk pemegang polisi yang beragama Islam.*
根据 1996 年保险法令第 166(1) 项, 若您的受提名人是您的配偶, 孩子或父母 (若在提名时没有配偶或孩子), 一项信托将会建立以保障受益人的利益, 为此, 保单利益将不会受限于您所负的债务。您可委任一名信托人来处理有关的信托。但这并不适用于穆斯林保单拥有人。
- Any witness to the nomination must be above 18 years of age and cannot be a nominee *Saksi keatas penamaan mestilah berumur 18 tahun keatas dan bukanlan penama*
委任程序的见证人必须年满 18 岁, 同时不是一名被提名人。

I hereby nominate the following persons as nominees for the above insurance policy and revoke all existing nominees (if any) named earlier :
Saya dengan ini menamakan orang/mereka di bawah sebagai penerima untuk polisi insurans ini dan membatalkan penama-penama yang terdahulu (jika ada) :
本人于此委任下列人士为上述保险保单之被提名人, 并废除所有之前所委任的被提名人 (若有) :

Name and Address of nominee (s)/ <i>Nama dan alamat penama-penamal</i> 被提名人之姓名及地址	NRIC No./ Birth Cert No. <i>No. Kad Pengenalan / No. Sijil Kelahiran</i> 新身份证号码 / 出生证号码	Relationship / <i>Hubungan /</i> 与保单拥有人的关系	% of Share / <i>% Bahagian /</i> 股份

Signature of Life Assured / *Tandatangan Hayat Diinsurankan* / 生命受保人签名

Name/*Nama*/ 姓名 : _____

NRIC No/*KP*/ 新身份证号码 : _____

Address/*Alamat*/ 地址 : _____

Signature of Witness / *Tandatangan Saksi* / 见证人签名

Nama/*Name*/ 姓名 : _____

NRIC No/*KP*/ 新身份证号码 : _____

Address/*Alamat*/ 地址 : _____

Optional / *Pilihan* / 选择性 :

The trustee portion of this form is not applicable to Muslim policyowners or nomination other than under Section 166(1) of the Insurance Act 1996 / *Bahagian pemegang amanah tercatat dibawah tidak perlu kepada seorang pemegang polisi atau penama beragama Islam selain daripada Seksyen 166(1) Akta Insurans 1996* / 此表格所述之信托部份并不适用于穆斯林保单拥有人或在 1996 年保险法令第 166 (1) 项之外的提名。

Signature of Trustee / *Tandatangan Pemegang Amanah* / 生命受保人签名

(I consent to act as trustee to the above mentioned policy/*Saya dengan ini bersetuju bertindak sebagai pemegang amanah terhadap polisi yang tersebut diatas*)

Name/*Nama*/ 姓名 : _____

NRIC No/*KP*/ 新身份证号码 : _____

Address/*Alamat*/ 地址 : _____

Signature of Witness / *Tandatangan Saksi* / 见证人签名

Nama/*Name*/ 姓名 : _____

NRIC No/*KP*/ 新身份证号码 : _____

Address/*Alamat*/ 地址 : _____

Dated on the / *Tarikh* day of / *Haribulan*..... / 200....

Note/Nota 备注: The Life Assured must be at least 18 years of age to be legally eligible to nominate and the witness must be at least 18 years of age and cannot be a named nominee/ *Hayat Diinsurankan mestilah sekurang-kurangnya berumur 18 tahun untuk berhak melantik penamaan dan saksi hendaklah berumur tidak kurang daripada 18 tahun dan tidak boleh daripada penama yang dilantik.* / 生命受保人必须年满 18 岁并符合委任受提名人所需之条件; 见证人必须年满 18 岁, 同时不是一名被提名人。