

APPLICATION FOR INCLUSION / CONVERSION / ALTERATION OF COVERAGE
PERMOHONAN UNTUK PENYERTAAN / PENUKARAN / PERUBAHAN
PERLINDUNGAN (PSF02)



Certificate No. No. Sijil	<input type="text"/>	New NRIC No. No. KP Baru	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
	Old NRIC/BC/Passport No. No. KP Lama/Sijil Kelahiran/Pasport	<input type="text"/>	
Name of Person Covered Nama Orang yang Dilindungi _____			

IMPORTANT NOTICE:

In relation to takaful 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 Takaful Operator 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 takaful contract.

In addition to answering the specific questions in the application form, you are also required to take reasonable care to disclose to us any matter which you know to be relevant to the decision of the Takaful Operator 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 Islamic Financial Services Act 2013 shall continue until the time the contract is entered into, varied or renewed.

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

TAKE NOTE that you are under a duty to disclose to the Takaful Operator any matter that –

- (a) you know to be relevant to the decision of the Takaful Operator 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 Takaful Operator.

Your duty of disclosure under Paragraph 4(1) of Schedule 9 of the Islamic 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 Takaful Operator or the Takaful Operator'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 takaful with the Takaful Operator. Any alteration to or deletion of any part of the text will require the applicant's specific instruction in writing separately addressed to the Takaful Operator for individual consideration and concurrence. You should request for and study the brochures, benefit illustration, Product Disclosure Sheet and certificate contract in respect of the certificate product paying particular attention to the benefits which are guaranteed and benefits which are not guaranteed, and your duties as a certificate owner under the certificate contract. You are at liberty to participate or not to participate in any of the products covered in this application form.

NOTIS PENTING:

Berkeaan kontrak takaful 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 Pengendali Takaful sama ada untuk menerima risiko serta terma dan syarat yang dikenakan; dan
- (b) mengesahkan atau mengubah sebarang perkara yang anda telah dedahkan sebelumnya berkaitan dengan kontrak takaful anda.

Sebagai tambahan kepada jawapan bagi soalan khusus dalam borang permohonan, anda juga perlu mengambil langkah munasabah untuk mendedahkan sebarang perkara yang anda ketahui sebagai relevan terhadap keputusan Pengendali Takaful 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 Islam 2013 dan hendaklah diteruskan sehingga kontrak dibuat, diubah atau diperbaharui.

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

SILA AMBIL PERHATIAN bahawa anda bertanggungjawab membuat pendedahan kepada Pengendali Takaful bagi sebarang perkara yang -

- (a) anda mengetahui ia berkaitan dengan keputusan Pengendali Takaful sama ada untuk menerima risiko serta terma dan syarat yang dikenakan; dan
- (b) seseorang yang secara munasabah dapat menjangkakan untuk menjadi relevan.

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

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

Jika anda ragu-ragu sama ada sesetengah fakta adalah material, anda hendaklah mendedahkannya. Keseluruhan teks pra-cetak dalam borang permohonan ini adalah mengikut piawaian tetap yang digunakan bagi tujuan permohonan takaful dengan Pengendali Takaful. Sebarang pindaan atau penghapusan mana-mana bahagian teks akan memerlukan arahan khusus secara bertulis daripada pemohon yang dialamatkan secara berasingan kepada Pengendali Takaful untuk pertimbangan dan persetujuan. Anda perlu meminta dan mengkaji risalah, ilustrasi manfaat, Risalah Pendedahan Produk dan kontrak sijil yang berkenaan dengan produk sijil dengan memberi perhatian kepada manfaat tertentu yang dijamin dan manfaat yang tidak dijamin serta kewajipan anda sebagai seorang pemilik sijil di bawah kontrak sijil. Anda berhak menyertai atau tidak menyertai sebarang produk yang terkandung dalam borang permohonan ini.

For Office Use Untuk Kegunaan Pejabat		
Checklist	Yes	No
1. Getbis		
2. Signature Verification		
3. Form Completion		
4. Golden Age Enhancer (GAE)		

CSD-PSF02-V05-032016-TAKAFUL

Great Eastern Takaful Berhad (916257-H)

Head Office: Menara Great Eastern 303 Jalan Ampang 50450 Kuala Lumpur
 Telephone: +603 4259 8338 Fax: +603 4259 8808 Customer Service Careline: 1 300 13 8338
 E-mail: i-greatcare@greateastertakaful.com Website: www.greateastertakaful.com

STANDALONE MEDICAL PLAN TRADITIONAL PLAN INVESTMENT LINKED PLAN**PARTICULARS OF CHANGES TO THE PLAN / RIDER (State Sum Covered / Term)****BUTIR-BUTIR PERUBAHAN KEPADA PELAN / RIDER (Nyatakan Jumlah Perlindungan / Tempoh)****EXISTING BENEFIT MANFAAT SEDIA ADA**

- Increase to *Bertambah kepada:* _____ Include new benefits *Menambah manfaat baru:* _____
 Decrease *Berkurang:* _____ Change plan to *Menukar pelan kepada:* _____
 Cancel *Batal:* _____ Increase term of coverage *Penambahan tempoh perlindungan:* _____
 Conversion *Penukaran:* _____ Others *Lain-lain:* _____

	Person Covered <i>Orang Yang Dilindungi</i>	Participant <i>Peserta</i>
1. Full Name (as shown on NRIC) <i>Nama Penuh (seperti di dalam Kad Pengenalan)</i>		
2. New NRIC No. <i>No. Kad Pengenalan Baru</i> Birth Certificate / Passport / ROC No. <i>No. Sijil Kelahiran / Pasport / ROC</i>		
3. Email <i>Emel</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"/> 8,000 <input type="checkbox"/> 15,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 75,000 <input type="checkbox"/> 100,000 <input type="checkbox"/> 200,000 <input type="checkbox"/> [][][][][][][][][] (for other specific amount) <i>(untuk lain-lain amaun)</i>	<input type="checkbox"/> No income <i>Tiada pendapatan</i> <input type="checkbox"/> 8,000 <input type="checkbox"/> 15,000 <input type="checkbox"/> 30,000 <input type="checkbox"/> 50,000 <input type="checkbox"/> 75,000 <input type="checkbox"/> 100,000 <input type="checkbox"/> 200,000 <input type="checkbox"/> [][][][][][][][][] (for other specific amount) <i>(untuk lain-lain amaun)</i>
2.(a) Height (cm) <i>Tinggi (sm)</i>	[][][][] cm	[][][][] cm
(b) Weight (kg) <i>Berat (kg)</i>	[][][][] . [][] kg	[][][][] . [][] kg
(c) Any weight gained / lost for the past 2 years? <i>Sebarang berat bertambah / berkurang untuk 2 tahun lepas?</i>	<input type="checkbox"/> YES <i>YA</i> <input type="checkbox"/> NO <i>TIDAK</i> If "YES", Jika "YA", <input type="checkbox"/> Gained <i>Tambah</i> <input type="checkbox"/> Lost <i>Kurang</i> [][][] kg	<input type="checkbox"/> YES <i>YA</i> <input type="checkbox"/> NO <i>TIDAK</i> If "YES", Jika "YA", <input type="checkbox"/> Gained <i>Tambah</i> <input type="checkbox"/> Lost <i>Kurang</i> [][][] kg

Please tick (✓) accordingly Sila tandakan (✓) yang berkenaan

I. PARTICULARS OF EXISTING AND / OR CONCURRENT TAKAFUL COVERAGE (e.g: Person Covered / Accident / Dread Disease / Disability / Medical / Health Takaful) BUTIR-BUTIR TERPERINCI PERLINDUNGAN TAKAFUL TERDAHULU DAN / ATAU MASA KINI (contoh: Orang yang Dilindungi / Kemalangan / Penyakit Kritikal / Hilang Upaya / Perubatan / Kesihatan)				
	PARTICIPANT PESERTA		PERSON COVERED ORANG YANG DILINDUNGI	
	YES YA	NO TIDAK	YES YA	NO TIDAK
1. Do you have any existing insurance / takaful including those now being proposed to other companies / takaful operators? If "YES", please give details. <i>Adakah anda memiliki insurans / takaful semasa termasuk yang sedang dicadangkan kepada syarikat-syarikat lain? Jika "YA", sila berikan butiran.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Has any proposal, reinstatement or application for renewal of insurance / takaful on you (including those now been proposed to other companies / takaful operator) ever been declined, postponed, rated, restricted or in any way modified or subjected to additional terms? If "YES", please give details. <i>Pernahkah sebarang permohonan atau penguatkuasaan semula atau permohonan untuk memperbaharui insurans / takaful untuk hidup anda (termasuk yang sedang dicadangkan kepada mana-mana syarikat) pernah ditolak, ditangguhkan, dikenakan kadar, dihadkan atau diubah, atau dikenakan terma tambahan? Jika "YA", sila nyatakan butiran penuh.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. (a) Is this proposal replacing or intended to replace any existing certificate with us or any other takaful operator? <i>Adakah permohonan ini menggantikan atau bakal menggantikan mana-mana sijil takaful keluarga anda yang sedia ada sama ada dengan kami atau pengendali takaful yang lain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Have you surrendered or terminated any of your existing family takaful certificate(s) in the last 12 months and now to be replaced with the application of this new certificate? If your answer is "YES" to question 3(a) or 3(b), please complete the "Declaration Form on Replacement of Family Takaful Certificate". <i>Adakah anda sudah menyerahkan atau menamatkan mana - mana dari sijil takaful keluarga sedia ada anda dalam tempoh 12 bulan yang lepas dan sekarang akan digantikan dengan permohonan sijil baru ini? Jika anda menjawab "YA" kepada soalan 3(a) atau 3(b), sila lengkapkan "Borang Pengisytiharan untuk Menggantikan Sijil Takaful Keluarga".</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II. FAMILY & OTHER PERSONAL INFORMATION MAKLUMAT KELUARGA & MAKLUMAT PERIBADI LAIN-LAIN				
1. Family History: Has any of your parents, brothers or sisters ever suffered from heart diseases, stroke, hypertension, diabetes, kidney disease, mental disorders, cancer, hereditary, neurological or congenital disease? If "YES", please give details. <i>Adakah ibu / bapa atau adik beradik anda menghidap sebarang penyakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, kencing manis, penyakit buah pinggang, gangguan mental, kanser, penyakit keturunan, neurologi atau penyakit kongenital? Jika "YA", sila berikan butiran.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP				
1. Are you now in good health and free from disease or injury? <i>Adakah anda bebas dari sebarang jenis penyakit dan berkeadaan sihat?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Have you ever smoked or use any tobacco / nicotine product (eg. Cigarettes, cigar or pipes) in the last 12 months? <i>Pernahkah anda merokok atau menggunakan produk tembakau / nikotin (eg. Rokok, cerut atau paip) dalam tempoh 12 bulan yang lepas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If "YES", <input type="text"/> <input type="text"/> cigarettes / cigar per day and number of years of usage. <input type="text"/> <input type="text"/> years				
Jika "YA", <input type="text"/> <input type="text"/> batang rokok / curut sehari dan jumlah tahun penggunaan. <input type="text"/> <input type="text"/> tahun				

III. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE <i>BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP</i>		PARTICIPANT PESERTA	PERSON COVERED ORANG YANG DILINDUNGI
		YES NO YA TIDAK	YES NO YA TIDAK
3. Do you consume alcoholic drinks? If "YES", state average weekly consumption:- <i>Adakah anda minum minuman beralkohol? Jika "YA", nyatakan purata pengambilan seminggu:-</i> PERSON TO BE COVERED ORANG YANG AKAN DILINDUNGI Beer/Stout <input type="text"/> <input type="text"/> small bottles Wine <input type="text"/> <input type="text"/> glasses Whiskey/brandy/others <input type="text"/> <input type="text"/> pegs <input type="checkbox"/> Social <i>Bir/Stout botol kecil Wain gelas Wiski/brandi/lain-lain peg Sosial</i> PROPOSER PENCADANG Beer/Stout <input type="text"/> <input type="text"/> small bottles Wine <input type="text"/> <input type="text"/> glasses Whiskey/brandy/others <input type="text"/> <input type="text"/> pegs <input type="checkbox"/> Social <i>Bir/Stout botol kecil Wain gelas Wiski/brandi/lain-lain peg Sosial</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Are you currently receiving medical treatment and/or suffering from physical impairment or infirmity, congenital abnormality? <i>Adakah kini anda menerima rawatan perubatan dan/atau menderita sebarang kecacatan fizikal atau kelemahan, kongenital tidak normal?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. 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? <i>Pernahkah anda mengambil atau pada masa sekarang ini mengambil sebarang dadah atau narkotik selain dari yang ditetapkan oleh doktor, atau pernah dirawat untuk tabiat dadah?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Have you ever had, been diagnosed to have, been investigated, treated or advised to seek any medical or surgical treatment for any conditions listed below: <i>Pernahkah anda diberitahu atau sedang diberitahu, disiasat, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang perubatan atau rawatan pembedahan untuk apa-apa keadaan di bawah:</i>			
(a) Stroke, transient ischemic attack (TIA), brain hemorrhage or brain injury, epilepsy, convulsion (fits), paralysis, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, Multiple sclerosis, prolonged recurrent dizziness or headache, migraine, cerebral palsy or other disease or disorder of the brain or nervous system? <i>Angin ahmar, serangan iskemia sementara(TIA), pendarahan otak atau kecederaan otak, sawan tarik, sawan, lumpuh, penyakit Parkinson, penyakit Alzheimer's, Multiple Sclerosis, pening atau sakit kepala yang berulang dan berpanjangan, migrain, cerebral palsy atau lain-lain penyakit atau gangguan pada otak atau sistem saraf?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(b) Depression, anxiety, schizophrenia, suicide attempt, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), autism, Down's syndrome, dementia, or any other mental health or psychiatric illness? <i>Depresi, keresahan, skizofrenia, cubaan membunuh diri, perhatian defisit gangguan hiperaktif (ADHD), autism, Sindrom Down, demensia atau lain-lain penyakit atau gangguan pada kesihatan mental atau psikiatrik?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(c) Asthma, bronchitis, tuberculosis (TB), pneumonia, coughing of blood or any other disease or disorder of the lungs or respiratory system? <i>Lelah, bronkitis, batuk kering (TB), radang paru-paru, batuk berdarah atau lain-lain penyakit atau gangguan pada paru-paru atau saluran pernafasan lain?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(d) Chest pain, angina, palpitation, irregular heartbeat, coronary artery disease, heart attack, raised cholesterol, hypertension (high blood pressure), hypotension (low blood pressure), heart valve disorder, cardiomyopathy, heart defects from birth or heart surgery, deep vein thrombosis, varicose veins or any other disease or disorder of the heart or vascular system? <i>Sakit dada, angina, ketaran jantung, degupan jantung yang tidak teratur, penyakit arteri koronari, serangan jantung, kolestrol tinggi, tekanan darah tinggi, tekanan darah rendah, gangguan injap jantung, cardiomyopathy, kecacatan jantung dari lahir atau pembedahan, trombosis vena dalam, vena varikos atau lain-lain penyakit atau gangguan pada jantung atau sistem vaskular?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(e) Diabetes, abnormal blood sugar, thyroid disease, goiter, thalassemia, anaemia, haemophilia or other disease or disorder of the endocrine glands, blood, chromosomal abnormality or hereditary disease? <i>Kencing manis, gula darah yang tidak normal, penyakit tiroid, goiter, talasemia, anemia, hemophilia atau lain-lain penyakit atau gangguan pada sistem endokrin, darah, kromosom yang tidak normal atau penyakit keturunan?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(f) Gastritis, gastric or duodenal ulcer, gastro-oesophageal reflux disease (GERD), colitis, Crohn's disease, hernia, fistula, piles, blood in stool, vomiting blood or other disease or disorder of the digestive system or gastrointestinal tract? <i>Gastrik, ulser gastrik atau duodenum, penyakit refluks gastroesophageal, colitis, penyakit Crohn's, hernia, fistula, buasir, darah dalam najis, muntah berdarah atau lain-lain penyakit atau gangguan pada saluran penghadaman atau saluran gastrousus?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(g) Jaundice, Hepatitis B or C, gall bladder or biliary system stone or obstruction, pancreatitis or other disease or disorder of the liver, gall bladder, biliary system or pancreas? <i>Jaundis, Hepatitis B atau C, batu atau tersumbat pada pundi hempedu atau sistem biliari, jangkitan pada pankreas atau lain-lain penyakit atau gangguan pada hati, pundi hempedu, biliari sistem atau pankreas?</i>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

III. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE <i>BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP</i>				
	PARTICIPANT PESERTA		PERSON COVERED ORANG YANG DILINDUNGI	
	YES YA	NO TIDAK	YES YA	NO TIDAK
(h) Kidney or urinary system stones, kidney infection, polycystic kidneys, protein or blood in urine or any disease or disorder of the kidney, ureter, bladder, urethra, prostate or genital organs? <i>Batu karang pada buah pinggang atau sistem kencing, jangkitan buah pinggang, buah pinggang polisistik, protein atau darah dalam air kencing atau lain-lain penyakit atau gangguan pada buah pinggang, ureter, pundi kencing, uretra, prostat atau organ kemaluan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Cancer, tumour, cyst, lump, growth, lymphoma, leukaemia, melanoma, Hodgkin's disease, bone marrow disorders, any malignant or pre-malignant condition? <i>Kanser, tumor, sista, benjolan, ketumbuhan, limfoma, leukemia, melanoma, penyakit Hodgkin, gangguan sumsum tulang, pra-kanser atau kanser?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) Blindness, cataract, glaucoma, impaired sight (excluding long sighted and short sighted), impaired hearing or speech, deafness, tonsillitis, deviated nasal septum, chronic rhinitis, sinusitis, nose bleed, sleep apnoea or other disease or disorder of the eyes, ears, throat, mouth or nose? <i>Buta, katarak, glaukoma, penglihatan terjejas (tidak termasuk rabun jauh dan dekat), pendengaran atau percakapan terjejas, pekak, jangkitan tonsil, septum hidung menyimpang, kronik rinitis, resdung, hidung berdarah, tidur apnea atau lain-lain penyakit atau gangguan pada mata, telinga, tekak, mulut atau hidung?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k) Backache, slipped disc, spondylosis, arthritis, rheumatoid arthritis, systemic lupus erythomatosus (SLE), osteoporosis, gout, psoriasis, chronic skin disease or other disease or disorder of the immune system, connective tissue, spine, muscle, bone or joint? <i>Sakit belakang, cakera tergelincir, spondylosis, artiritis, artiritis rheumatoid, lupus eritematosus sistemik (SLE), osteoporosis, gout, kulit bersisik, penyakit kulit kronik atau lain-lain penyakit atau gangguan pada system imun, tisu penghubung, spina, otot, tulang atau sendi?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(l) Syphilis, gonorrhoea, venereal disease, Human Papilloma Virus (HPV) infection or any other sexually transmitted disease? <i>Sifilis, gonorea, penyakit kelamin, jangkitan Virus Papilloma Manusia (HPV) atau mana-mana penyakit kelamin berjangkit?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(m) Any other illness, disease, disorder, disability, accident or hospitalization or any surgical operation or observation or treatment not of a routine nature that has not been mentioned above? <i>Sebarang penyakit lain, gangguan, hilang upaya, kemalangan atau dimasukkan ke hospital atau sebarang pembedahan atau pemerhatian atau rawatan yang bukan menjadi rutin kebiasaan yang tidak disebutkan di atas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. (a) Have you or your spouse or partner ever been tested for or received medical advice, counseling or treatment in connection with AIDS or infection with any Human Immunodeficiency Virus (HIV)? <i>Pernahkah anda atau suami/isteri anda atau pasangan anda diuji atau menerima nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan AIDS atau dijangkiti mana-mana Virus Kurang Daya Tahan Penyakit (HIV)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Is there anything in your lifestyle that puts you at an increased risk of AIDS or any AIDS related condition? <i>Adakah apa-apa dalam gaya hidup anda yang menambahkan risiko anda dijangkiti AIDS atau keadaan yang berkaitan dengan AIDS?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Have you or your spouse or partner in the past three months, suffered from any of the following for a continuous period of more than one week:- fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? <i>Pernahkah anda atau suami/isteri anda atau pasangan anda mengalami keletihan, kehilangan berat badan, cirit-birit, nodus limpa membesar atau lesi kulit luar biasa secara berterusan selama lebih dari satu minggu dalam tempoh tiga bulan yang lepas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Have you ever resided for more than one continuous month in any country other than Malaysia for the past 1 year or do you intend to reside outside Malaysia for purposes other than brief holiday trips in the next 3 months? If "YES", please state name of country and purpose of residence below. <i>Pernahkah anda tinggal secara berterusan untuk lebih dari satu bulan di mana-mana negara lain selain dari Malaysia untuk setahun yang lepas atau adakah anda bercadang untuk tinggal di luar Malaysia bagi tujuan selain daripada melancong dalam tempoh 3 bulan terdekat? Jika "YA", sila nyatakan negara dan tujuan anda tinggal di negara tersebut.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Have you ever engaged or do you contemplate to engage in any of the following pursuits: Aviation, parachuting, motor sports, diving, mountaineering, or any other dangerous sports? If "YES", please give full details. <i>Adakah anda pernah terlibat atau adakah anda berhajat mengambil bahagian dalam mana-mana kegiatan yang berikut: Penerbangan, payung terjun, sukan motor, menyelam, mendaki gunung, atau mana-mana sukan berbahaya lain? Jika "YA", sila beri butiran penuh.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 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, mammogram, ultrasound, biopsy, X-ray, CT scan, MRI, ECG, treadmill ECG, echocardiogram, lung function test, bone density test, angiogram, scope, EEG, Sleep study? <i>Sepanjang 5 tahun lepas, pernahkah anda menjalani pemeriksaan fizikal dan/atau pemeriksaan diagnostik termasuk tapi tidak terhad kepada ujian darah dan air kencing, mammogram, pap smear, mamogram, ujian bunyi, biopsy, x-ray, CT scan, MRI, ECG, treadmill ECG, ekokardiogram, ujian fungsi paru-paru, ujian kepadatan tulang, angiogram, skop, EEG, kajian tidur?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP		PARTICIPANT PESERTA		PERSON COVERED ORANG YANG DILINDUNGI	
		YES	NO	YES	NO
		YA	TIDAK	YA	TIDAK
10. FOR FEMALE ONLY UNTUK WANITA SAHAJA (a) Are you now pregnant? Adakah anda hamil sekarang? If "YES", please state how many month pregnant. <input type="checkbox"/> month Jika "YA", sila nyatakan berapa bulan mengandung. <input type="checkbox"/> bulan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Have you ever had any complications in current or previous pregnancies or childbirth? Pernahkah anda mengalami sebarang komplikasi semasa hamil atau kelahiran anak dahulu?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) 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, endometriosis, cervicitis, abnormal papsmear(s), or any other disease or disorder of the breast or female organs? Pernahkah anda diberitahu atau sedang diberitahu, disiasat, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang perubatan atau pembedahan rawatan untuk sista buah fibroid, sista ovari, sindrom polisistik ovari, endometriosis, cervicitis, papsmear tidak normal atau atau penyakit atau gangguan pada buah dada atau organ wanita?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Are there any other circumstances not already disclosed elsewhere in this proposal form that would render an assurance on your life more hazardous? If you are in doubt on whether certain circumstances are more hazardous, these circumstances should be disclosed. Adakah terdapat mana-mana keadaan lain di mana telah tidak diberitahu di dalam borang cadangan ini yang boleh menyebabkan asurans ke atas diri anda melebihi bahaya yang luar biasa? Jika anda sangsi sama ada sesuatu keadaan itu lebih bahaya dari biasa, keadaan tersebut hendaklah dikemukakan.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. FOR CHILD (Up to 2 years old) ONLY UNTUK ANAK (Sehingga umur 2 tahun) SAHAJA (a) Was the child born premature / less than 37 weeks of gestation? Adakah anak dilahirkan pramatang / kurang dari pada 37 minggu? If "YES", please state gestational period: <input type="text"/> weeks and birth weight <input type="text"/> kg Jika "YA", sila nyatakan tempoh kehamilan: <input type="text"/> minggu dan berat semasa lahir <input type="text"/> kg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Has the child ever been or currently being informed, investigated, treated or advised to seek any medical or surgical treatment for any complications at birth or in the first 30 days of life, prolonged neonatal jaundice requiring hospitalization, infection, breathing difficulty or lung disorder, G6PD deficiency, abnormal thyroid blood test, blood abnormalities, fits, congenital disorder or birth defects or developmental abnormalities, physical or mental impairment, hearing, eye-sight or speech impairment? Pernahkah anak diberitahu atau sedang diberitahu, disiasat, dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan sebarang perubatan atau pembedahan rawatan untuk sebarang komplikasi masa lahir atau untuk 30 hari pertama selepas lahir, jaundis neonatal berterusan yang memerlukan kemasukan hospital, jangkitan, kesukaran untuk bernafas atau gangguan paru-paru, kekurangan G6PD, keabnormalan ujian darah tiroid, keabnormalan darah, sawan, masalah kongenital atau kecacatan kelahiran atau keabnormalan perkembangan, fizikal atau kemerosotan mental, pendengaran, penglihatan atau kemerosotan percakapan?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. If you answer "YES" to any of questions 4 to 12 or "NO" to question 1, please indicate the relevant question number and provide full details. Jika anda menjawab "YA" kepada soalan-soalan 4 hingga 12 atau "TIDAK" kepada soalan 1, sila nyatakan nombor soalan dan beri butir-butir yang lengkap. _____ _____					
14. Are you presently a bankrupt? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Adakah anda kini seorang bankrap? Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>					
IV. APPOINTMENT OF NOMINEES PELANTIKAN PENAMA					
Do you wish to appoint any individual person as nominee for your proposed certificate? If "YES", please complete and submit to us a copy of our standard "Appointment / Change of Nominee(s)" form. <input type="checkbox"/> YES YA <input type="checkbox"/> NO TIDAK Adakah anda ingin melantik mana-mana individu sebagai penama untuk sijil yang dicadangkan? Jika "YA", anda hendaklah melengkapkan dan menghantar borang "Pelantikan / Pertukaran Penama". You are advised to appoint a trustee of whom consent signature would be required for any future amendment request. Please complete the trustee section in the second part of "Appointment / Change of Nominee(s)" form. Anda dinasihatkan melantik seorang pemegang amanah dimana tandatangannya akan diperlukan untuk sebarang permohonan perubahan dimasa hadapan. Sila lengkapkan bahagian pemegang amanah di dalam bahagian kedua borang "Pelantikan / Pertukaran Pemegang Amanah".					
V. BENEFICIAL OWNER PEMILIK MANFAAT					
Are you (Proposer) the beneficial owner who ultimately owns and/or has effective control over this proposed takaful? Adakah anda (Pencadang) pemilik manfaat yang memiliki dan/atau mempunyai kuasa sepenuhnya terhadap takaful yang dicadangkan ini? <input type="checkbox"/> YES YA <input type="checkbox"/> NO TIDAK If the answer is "NO", please complete the "Questionnaire on Ability to Justify Coverage" and submit it along with a "Statutory Declaration" signed by the beneficial owner. Please contact the Takaful Operator's agent for a copy each of the "Questionnaire on Ability to Justify Coverage" and the "Statutory Declaration". Jika jawapan adalah "TIDAK", sila lengkapkan "Soal Selidik Keupayaan Membenarkan Perlindungan" dan hantar bersama-sama dengan "Akuan Berkanun" yang ditandatangani oleh pemilik manfaat. Sila hubungi ejen Pengendali Takaful bagi salinan "Soal Selidik Keupayaan Membenarkan Perlindungan" dan "Akuan Berkanun".					

VI. DECLARATION BY THE PERSON COVERED / PARTICIPANT
DEKLARASI OLEH ORANG YANG DILINDUNGI / PESERTA

I/We declare that the above answers are full and true, that I/we have not withheld any relevant information and that I am/the Person Covered is now and usually in sound and good health; and I/we agree that this declaration, with the answers given by me/us, shall form part of the basis of the additional takaful.

Saya/Kami, dengan ini mengaku bahawa jawapan di atas adalah lengkap dan benar, bahawa saya/kami tidak menyembunyikan apa-apa maklumat yang berkaitan dan saya/Orang yang Dilindungi sekarang dan biasanya berkeadaan sihat, dan saya/kami bersetuju bahawa akuan ini dan jawapan yang diberikan oleh saya/kami akan menjadi asas sijil dan pertambahan takaful sekiranya ia ditawarkan.

I/We understand and agree that payment of contribution before acceptance of this proposal by the Takaful Operator does not commit the Takaful Operator to issue the additional takaful I/we have applied for and that the said additional takaful shall not take effect, and no cover whatsoever shall be provided unless and until this application has been fully accepted and the full contribution has been paid while the Person Covered is in good health.

Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa pembayaran caruman sebelum penerimaan borang cadangan ini oleh Pengendali Takaful tidak akan membuatnya berkuatkuasa melainkan dan selepas borang cadangan ini diterima sepenuhnya dan caruman penuh telah dibayar semasa Orang yang Dilindungi berkeadaan sihat.

And I/we have given to your agent no other information in connection with this application form, except that written on or attached to this application form; and I/we hereby confirm that save for the relevant sales brochures, sales illustrations and documents duly authorised by the Takaful Operator, your agent have not given me/us any document or information to induce me/us to enter into a certificate of takaful with your Takaful Operator.

Saya/Kami telah memberikan kepada ejen tiada lain maklumat berkenaan dengan borang cadangan, melainkan yang bertulis atau yang dilampirkan kepada borang cadangan ini, dan saya/kami mengesahkan bahawa selain risalah, dan dokumen berkenaan yang diiktiraf oleh Pengendali Takaful, ejen tidak memberi sebarang dokumen atau maklumat untuk mempengaruhi saya/kami untuk masuk dalam sijil takaful dengan Pengendali Takaful anda.

I/We hereby authorise any physician, hospital, clinic, takaful operator/ insurance company, organisation or institution, that has any records or knowledge of me/us or my/our health, to disclose to the Takaful Operator or its representative any information about me/us, my/our health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment, and I/we authorise the Takaful Operator and its representative to give and release any such information to any party it deems appropriate. A photocopy of this authorisation shall be as effective and valid as the original.

Saya/kami membenarkan mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, pengendali takaful/ syarikat insurans, organisasi atau institusi yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang diri atau kesihatan saya/kami untuk menyatakan sebarang informasi tentang saya/kami kepada Pengendali Takaful atau wakilnya mengenai kesihatan dan sejarah perubatan saya/kami dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan atau penyakit dan saya/kami membenarkan Pengendali Takaful dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan apa-apa maklumat kepada mana-mana pihak yang dirasakan wajar. Salinan pemberian kuasa ini adalah sama dan diperakui sah seperti dokumen asalnya.

I/We hereby authorise the Takaful Operator to hold, use and disclose any personal information provided to the Takaful Operator (whether contained in this Proposal Form or otherwise) to its group of companies, agents or any business associate for the purpose of offering financial planning, products and/or services and to communicate with me/us for such purposes (for information, please log on to www.greateastertakaful.com and read the Takaful Operator's Client Charter And Privacy Policy or contact the Takaful Operator's sales agent for a copy).

Saya/Kami dengan ini membenarkan Pengendali Takaful untuk memegang, menggunakan dan mendedahkan sebarang maklumat peribadi yang diberikan kepada Pengendali Takaful (sama ada yang terkandung di dalam Borang Cadangan ini atau sebaliknya) kepada kumpulan syarikatnya, ejen-ejenjnya atau rakan perniagaannya untuk tujuan menawarkan perancangan kewangan, produk dan/atau perkhidmatan dan untuk menyampaikan kepada saya/kami untuk tujuan sedemikian (untuk sebarang maklumat, sila layari laman web www.greateastertakaful.com dan bacalah Piagam Pelanggan Dan Polisi Persendirian Pengendali Takaful atau hubungi ejen jualan Pengendali Takaful untuk mendapat salinan).

I/We agree that for any application to convert and/or upgrade existing medical certificate, the terms and conditions of the new medical certificate, including cotakaful, will apply from the date of issuance of the new medical certificate. However, during 30 days and 120 days from the date of issuance of the new medical certificate, the amounts and limits of the existing medical certificate will still apply, subject to the terms and conditions of the new medical certificate.

Saya/Kami bersetuju bahawa sebarang permohonan untuk menukar dan/atau meningkatkan sijil perubatan sedia ada, terma dan syarat bagi sijil perubatan yang baru, termasuk takaful bersama, akan digunakan dari tarikh sijil perubatan yang baru dikeluarkan. Namun, semasa tempoh 30 hari atau 120 hari dari tarikh sijil perubatan yang baru dikeluarkan, jumlah dan had sijil perubatan yang baru akan digunakan, tertakluk kepada terma dan syarat dalam sijil perubatan yang baru.

I/We hereby irrevocably authorize the Takaful Operator to deduct the monthly Tabarru' for Basic Benefit and all the attaching Investment-Linked Optional Benefits, if any, from the Total Account Value of my/our proposed certificate in all circumstances including but not limited to the event when any contribution due is not paid. I/We further understand and agree that concurrent deduction for certificate fee will also be made by the Takaful Operator. All these deductions shall be made in accordance with the terms and conditions as specified in my/our proposed certificate.

Dengan ini saya/kami secara muktamad memberi kuasa kepada Pengendali Takaful untuk memotong Tabarru' bulanan untuk Manfaat Asas dan kesemua Manfaat Pilihan Berkaitan Pelaburan yang disertakan, jika ada, daripada Jumlah Nilai Akaun certificate cadangan saya/kami dalam semua keadaan termasuk tetapi tidak terhad kepada keadaan dimana caruman belum dijelaskan. Saya/Kami seterusnya faham dan bersetuju bahawa potongan serentak untuk yuran sijil juga boleh dilakukan oleh Pengendali takaful. Semua potongan akan dibuat mengikut terma-terma dan syarat-syarat seperti yang disebutkan di dalam sijil yang dicadangkan.

VI. DECLARATION BY THE PERSON COVERED / PARTICIPANT
DEKLARASI OLEH ORANG YANG DIILINDUNGI / PESERTA

Date
Tarikh

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Day <i>Hari</i>		Month <i>Bulan</i>		Year <i>Tahun</i>		

Signature of Person Covered
(As in Great Eastern Takaful's records)
Tandatangan Orang yang Dilindungi
(Seperti di dalam rekod Great Eastern Takaful)
Name *Nama* _____

BC / NRIC No. _____
No. Surat Beranak / KP

Tel No. *No. Tel* _____

Signature of Participant
(As in Great Eastern Takaful's records)
Tandatangan Peserta
(Seperti di dalam rekod Great Eastern Takaful)
Name *Nama* _____

Address (Please complete if there is a change)
Alamat (Sila lengkapkan sekiranya ada perubahan)

Tel No. *No. Tel* _____

Signature of Witness
Tandatangan Saksi
Name *Nama* _____
NRIC No. *No. KP* _____

Tel No. *No. Tel* _____