

## PROPOSAL FORM / BORANG CADANGAN

**Please Mark (X) & Answer All Questions In Block Letters. All fields are mandatory unless denoted by (\*) /  
Sila Tandakan (X) & Jawab Semua Soalan Dalam Huruf Besar. Semua bahagian perlu diisi kecuali yang bertanda (\*)**

**IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING:**

**Warning:** Under Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, You are required to take reasonable care not to make any misrepresentation when answering any questions asked by AmMetLife Insurance Berhad (AmMetLife) i.e. you should answer the questions fully and accurately/correctly. Please note that all the questions that are asked by AmMetLife are relevant to AmMetLife's decision whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.

If there are any changes to the answers given in this proposal form between the time of signing this proposal form until the contract is entered into, varied or renewed, You are also required to disclose to us fully and accurately/correctly such changes.

In addition to answering the questions in this proposal form fully and accurately/correctly, You are also required to take reasonable care to disclose to AmMetLife fully and accurately/correctly any other matters which You know to be relevant to AmMetLife's decision on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.

If You do not understand Your obligation/duty as stated above or if You need any further explanation, You can contact AmMetLife or its Agent/Bank Sales Staff/Branch Staff.

*Amaran: Di bawah Perenggan 5 Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, Anda dikehendaki mengambil langkah yang sewajarnya untuk tidak membuat sebarang salah nyata apabila menjawab sebarang soalan yang ditanya oleh AmMetLife Insurance Berhad (AmMetLife), iaitu anda hendaklah menjawab soalan tersebut dengan lengkap dan dengan tepat/betul. Sila ambil perhatian bahawa semua soalan yang ditanya oleh AmMetLife adalah berkaitan dengan keputusan AmMetLife sama ada hendak menerima risiko atau tidak serta kadar dan terma yang akan dipakai.*

*Jika terdapat sebarang perubahan pada jawapan yang diberikan dalam borang cadangan di antara masa penyerahan borang cadangan sehingga kontrak dimeterai, diubah atau diperbaharui, Anda juga dikehendaki mendedahkan kepada AmMetLife dengan sepenuhnya dan dengan tepat/betul mengenai perubahan tersebut.*

*Di samping menjawab soalan dalam borang cadangan ini dengan lengkap dan dengan tepat/betul, Anda juga dikehendaki mengambil langkah yang sewajarnya untuk mendedahkan kepada AmMetLife dengan sepenuhnya dan dengan tepat/betul mengenai apa-apa perkara lain yang Anda tahu sebagai berkaitan dengan keputusan AmMetLife sama ada hendak menerima risiko atau tidak serta kadar dan terma yang akan dipakai.*

*Jika Anda tidak memahami obligasi/kewajipan Anda seperti yang dinyatakan di atas atau jika Anda memerlukan sebarang penjelasan lanjut, Anda boleh menghubungi AmMetLife atau Ejen/Kakitangan Jualan Bank/Kakitangan Cawangan.*

Proposal No. / No. Cadangan <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Agent/Bank Sales Staff/Branch Staff Code / Kod Ejen/Kakitangan Jualan Bank/Kakitangan Cawangan <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Agency/Branch / Agensi/Cawangan <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Plan Code / Kod Pelan <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Plan Name / Nama Pelan <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

A. PARTICULARS OF LIFE ASSURED/POLICY OWNER / BUTIR-BUTIR DIRI YANG DIINSURANSKAN/PEMILIK POLISI		
	LIFE ASSURED / DIRI YANG DIINSURANSKAN	POLICY OWNER / PEMILIK POLISI (If different from Life Assured / Jika berlainan dengan Diri Yang Diinsuranskan)
(a) Salutation / Gelaran		
(b) Full Name (as per NRIC) / Nama Penuh (seperti dalam KP)		
(c) Relationship of the Policy Owner to Life Assured / Hubungan Pemilik Polisi dengan Diri Yang Diinsuranskan		
(d) ID Type / Jenis K.P.	<input type="checkbox"/> NRIC / KP <input type="checkbox"/> Military ID / ID Tentera <input type="checkbox"/> Police ID / ID Polis <input type="checkbox"/> Birth Certificate / Sijil Kelahiran <input type="checkbox"/> Passport / Pasport <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain	<input type="checkbox"/> NRIC / KP <input type="checkbox"/> Military ID / ID Tentera <input type="checkbox"/> Police ID / ID Polis <input type="checkbox"/> Birth Certificate / Sijil Kelahiran <input type="checkbox"/> Passport / Pasport <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain
(e) New NRIC No. / No. K.P. Baru  Old NRIC No./Others / No. K.P. Lama/Lain-lain	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
(f) Date of Birth / Tarikh Lahir	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Age Next Birthday / Umur Hari Jadi Akan Datang <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Country of Birth / Negara Tempat Lahir _____	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Age Next Birthday / Umur Hari Jadi Akan Datang <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Country of Birth / Negara Tempat Lahir _____
(g) Gender / Jantina	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan	<input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan
(h) Race / Bangsa	<input type="checkbox"/> Malay / Melayu <input type="checkbox"/> Chinese / Cina <input type="checkbox"/> Indian / India <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain	<input type="checkbox"/> Malay / Melayu <input type="checkbox"/> Chinese / Cina <input type="checkbox"/> Indian / India <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain
(i) Nationality / Warganegara  Please list other country of citizenship (if applicable) / Sila senaraikan kewarganegaraan dari negara-negara lain (jika berkenaan)	<input type="checkbox"/> Malaysian / Malaysia <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain Are you a citizen of the United States of America? / Adakah anda seorang warganegara Amerika Syarikat? <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak 1. _____ 2. _____ 3. _____	<input type="checkbox"/> Malaysian / Malaysia <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain Are you a citizen of the United States of America? / Adakah anda seorang warganegara Amerika Syarikat? <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak 1. _____ 2. _____ 3. _____
(j) Religion / Agama	<input type="checkbox"/> Muslim / Islam <input type="checkbox"/> Non-Muslim / Bukan Islam	<input type="checkbox"/> Muslim / Islam <input type="checkbox"/> Non-Muslim / Bukan Islam

A. PARTICULARS OF LIFE ASSURED/POLICY OWNER / BUTIR-BUTIR DIRI YANG DIINSURANSKAN/PEMILIK POLISI (continued / bersambung)																																																																																						
	LIFE ASSURED / DIRI YANG DIINSURANSKAN	POLICY OWNER / PEMILIK POLISI (If different from Life Assured / Jika berlainan dengan Diri Yang Diinsurankan)																																																																																				
(k) Marital Status / Taraf Perkahwinan	<input type="checkbox"/> Single / Bujang <input type="checkbox"/> Married / Berkahwin <input type="checkbox"/> Widowed / Balu <input type="checkbox"/> Divorced / Berceraai	<input type="checkbox"/> Single / Bujang <input type="checkbox"/> Married / Berkahwin <input type="checkbox"/> Widowed / Balu <input type="checkbox"/> Divorced / Berceraai																																																																																				
(l) Residential Address / Alamat Kediaman																																																																																						
(m) Company Address/ Employer Alamat Syarikat/ Majikan																																																																																						
(n) Correspondence Address / Alamat Surat-menyurat Residential / <input type="checkbox"/> Kediaman Company / <input type="checkbox"/> Syarikat (If different from the above addresses / Jika berlainan dengan alamat-alamat di atas)																																																																																						
(o) Residence Telephone No. / No. Telefon Rumah Office No. / No. Telefon Pejabat Mobile No. / No. Telefon Bimbit	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					-														-														-										<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					-														-														-									
				-																																																																																		
				-																																																																																		
				-																																																																																		
				-																																																																																		
				-																																																																																		
				-																																																																																		
* please include country code for overseas numbers / Sila sertakan kod negara untuk nombor di luar negara																																																																																						
(p) Email Address / Alamat Emel																																																																																						
(q) Name of Company/ Employer / Nama Syarikat /Majikan																																																																																						
(r) Company Registration No. / No. Pendaftaran Syarikat																																																																																						
(s) Country of Incorporation (* if Policy Owner is a Company) / Negara Penubuhan (* jika Pemilik Polisi Merupakan Syarikat)																																																																																						
(t) Occupation / Pekerjaan																																																																																						
(u) Exact Duties / Tugas Sebenar Occupation Class / Kelas Pekerjaan	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4																																																																																				
(v) Nature of Business / Jenis Industri																																																																																						
(w) Estimated Annual Income (RM) / Anggaran Pendapatan Tahunan (RM)		Tick if Payor is different from Policy Owner (to submit copy NRIC of Payor) / Tandakan jika pembayar bukan Pemilik Polisi (sila kemukakan salinan K.P pembayar)  <input type="checkbox"/> Payor / Pembayar																																																																																				
(x) Do you smoke? / Adakah anda merokok?  Have you smoked in the past twelve months? / Adakah anda merokok dalam tempoh dua belas bulan terakhir?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak How many years have you been a smoker? / Sudah berapa tahun anda menjadi seorang perokok? <input type="text"/> <input type="text"/>  If Yes / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cigarettes/cigar per day / Jika Ya <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> batang rokok/curut sehari	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak How many years have you been a smoker? / Sudah berapa tahun anda menjadi seorang perokok? <input type="text"/> <input type="text"/>  If Yes / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cigarettes/cigar per day / Jika Ya <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> batang rokok/curut sehari																																																																																				
(y) Height / Tinggi ; Weight / Berat  Weight change in the past one year / Perubahan berat badan dalam jangka masa setahun	cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Reasons for change of weight if more than 5 kg / Sebab-sebab perubahan berat badan jika melebihi 5 kg	cm <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak Reasons for change of weight if more than 5 kg / Sebab-sebab perubahan berat badan jika melebihi 5 kg																																																																																				



**C. DETAILS OF PAYOR / BUTIR-BUTIR PEMBAYAR** (If Payor different from Policy Owner / Jika Pembayar bukan Pemilik Polisi)

Full Name (as per NRIC) / Nama Penuh (seperti dalam KP)  Nationality / Warganegara

NRIC/Birth Certificate/Passport No. / No. K.P./Sijil Kelahiran/Pasport  Date of Birth / Tarikh Lahir  Relationship / Hubungan

Country of Birth / Negara Tempat Lahir  Gender / Jantina  Male / Lelaki  Female / Perempuan

Are you a citizen of the United States of America? / Adakah anda seorang warganegara Amerika Syarikat?  Yes / Ya  No / Tidak

List other countries of citizenship (if applicable) / Senarai kewarganegaraan dari negara-negara lain (jika berkenaan)  
 1.  2.  3.

Address / Alamat (if different from Policy Owner / jika berlainan dengan Pemilik Polisi)

Occupation / Pekerjaan  Nature of Business / Jenis Industri

Estimated Annual Income (RM) / Anggaran Pendapatan Tahunan (RM)

Employer Name / Nama Majikan

Employer Address / Alamat Majikan

**D. PAYMENT METHOD / CARA PEMBAYARAN** (Please complete the Supplementary Form / Sila lengkapkan Borang Tambahan)

**METHOD OF PAYMENT / KAEDAH PEMBAYARAN** (Note: Please select only one / Nota: Sila pilih satu sahaja)

Cash / Tunai  Cheque / Cek  Auto Debit / Debit Langsung  Credit Card / Kad Kredit  Salary Deduction (Staff Only) / Potongan Gaji (Pekerja Sahaja)  Credit Card (EPP) / (EPP) Kad Kredit

Salary Deduction (Worksite Marketing Only) / Potongan Gaji (Worksite Marketing Sahaja)

**MODE OF PAYMENT / KEKERAPAN PEMBAYARAN**

Yearly / Tahunan  Half Yearly / Setengah Tahunan  Quarterly / Suku Tahunan  Monthly (strictly no cash/cheque allowed) / Bulanan (bayaran tunai/cek tidak dibenarkan)

ADVANCE PAYMENT / PEMBAYARAN AWAL  Single Premium (allowed for cash/cheque only) / Premium Tunggal (hanya bayaran tunai/cek dibenarkan)

**E. BANK ACCOUNT DETAILS / BUTIR-BUTIR AKAUN BANK** [For any payment to be made (if any). Please provide the accurate bank account details to avoid any inaccuracy of crediting the said payment. / Untuk sebarang tujuan bayaran balik (jika ada). Sila berikan butir-butir akaun yang tepat untuk mengelakkan sebarang ketidaktepatan mengkreditkan bayaran tersebut].  
 Notice / Notis: Payment of benefits or refunds may be delayed due to unavailable, inaccurate or incomplete bank account details. / Bayaran manfaat atau bayaran balik mungkin akan lewat sekiranya tiada maklumat akaun bank, maklumat kurang tepat atau tidak lengkap.

Bank Name / Nama Bank: \_\_\_\_\_ Type of Account / Jenis Akaun  Savings / Simpanan  Current / Semasa

Bank Accountholder Name / Nama Pemegang Akaun Bank: \_\_\_\_\_

Bank Account No. / No. Akaun Bank: \_\_\_\_\_

**F. DETAILS OF LIFE INSURANCE PLAN APPLIED FOR / BUTIR-BUTIR INSURANS HAYAT PELAN YANG DIPOHON**  
 (Purchase of any Additional Coverage is not compulsory / Pembelian untuk Perlindungan Tambahan tidak diwajibkan)

	Plan/Additional Coverage / Pelan/Perlindungan Tambahan	Sum Assured/Benefit / Jumlah Perlindungan/Faedah	Premium Term / Tempoh Premium	Coverage Term / Tempoh Perlindungan	Premium / Premium
(1)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(2)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(3)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(4)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(5)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total Premium / Jumlah Premium					<input type="text"/>

**G. WITHDRAWAL OPTION FOR PAYMENTS AND DIVIDENDS(If applicable)**  
**PILIHAN PENGELUARAN UNTUK PEMBAYARAN DAN DIVIDEN(Jika berkaitan)**

For those policies which incorporate Guaranteed Cash Payment/Survival Benefits and/or Cash Dividends, you have the following option: /  
 Bagi polisi-polisi yang mengandungi Bayaran Tunai Terjamin/Manfaat Meneruskan Hidup dan/atau Dividen-dividen Tunai, anda mempunyai pilihan berikut:

- Guaranteed Cash Payment/Survival Benefit / *Pembayaran Tunai Terjamin/Manfaat Meneruskan Hidup*  
 I wish to choose the following (please select only one) / *Saya ingin memilih yang berikut (sila tandakan satu sahaja)*
- Option 1** – Accumulate my payments with the company  
*Pilihan 1 – Mengumpul pembayaran saya dengan syarikat*
- Option 2** – Receive my payments when they are made  
*Pilihan 2 – Menerima pembayaran saya apabila pembayaran dibuat*
- Cash Dividend / *Dividen Tunai*  
 I wish to choose the following (please select only one) / *Saya ingin memilih yang berikut (sila tandakan satu sahaja)*
- Option 1** – Accumulate my payments with the company  
*Pilihan 1 – Mengumpul pembayaran saya dengan syarikat*
- Option 2** – Receive my payments when they are made each year  
*Pilihan 2 – Menerima pembayaran saya setiap tahun apabila pembayaran dibuat*

I agree that in the event that the Cash Value is insufficient to cover any outstanding loan, AmMetLife may use the accumulated Cash Dividend or accumulated Guaranteed Cash Payments to repay my outstanding loan. / *Saya bersetuju sekiranya Nilai Tunai tidak mencukupi untuk membayar sebarang pinjaman tertunggak, AmMetLife berhak menggunakan Dividen Tunai Terkumpul atau Pembayaran Tunai Terkumpul untuk membayar pinjaman tertunggak saya.*

**H. REPLACEMENT OF POLICY / PENGGANTIAN POLISI**

**IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING:**

REPLACING YOUR EXISTING INSURANCE POLICY IS NOT ADVANTAGEOUS. PLEASE CONSULT YOUR INSURER BEFORE MAKING THE FINAL DECISION ON THE REPLACEMENT. / *MENGGANTIKAN POLISI INSURANS SEDIA ADA DENGAN PERMOHONAN BARU ADALAH TIDAK DIGALAKKAN. JIKA ANDA BERCADANG UNTUK BERBUAT DEMIKIAN, SILA HUBUNGI SYARIKAT INSURANS ANDA SEBELUM MEMBUAT SEBARANG KEPUTUSAN.*

By replacing your existing policy, the surrender value, if any, may be lesser than the total amount of premium you have paid. /  
*Dengan menggantikan polisi yang sedia ada, nilai serahan, jika ada, berkemungkinan kurang daripada jumlah sumbangan keseluruhan yang anda telah bayar.*

Reminder: Replacing an existing insurance policy with a new insurance policy is not in your best interest. Below are some of the reasons: /  
*Peringatan: Menggantikan polisi insurans sedia ada dengan polisi insurans baru bukan merupakan pilihan terbaik untuk anda. Antara sebab-sebabnya adalah seperti di bawah:*

- (i) You will not receive any Surrender Value for Insurance Policy that is less than (3) years old OR the surrender value, if any, may be less than the total amount of premium you had paid. / *Anda tidak akan menerima Nilai Serahan bagi Polisi Insurans yang kurang daripada tiga (3) tahun ATAU nilai serahan, jika ada, mungkin kurang daripada jumlah premium yang anda telah bayar.*
- (ii) Coverage on the new plan may not be based on the standard terms or; / *Perlindungan daripada pelan baru berkemungkinan bukan berdasarkan terma-terma biasa atau;*
- (iii) Premium may become higher as age increases. / *Premium mungkin akan meningkat apabila umur meningkat.*

	Yes / Ya	No / Tidak
a) Is this proposal replacing or intended to replace any existing insurance policy with us or any other insurance company? / <i>Adakah cadangan ini menggantikan atau berniat untuk menggantikan mana-mana polisi insurans sedia ada dengan kami atau dengan syarikat insurans yang lain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) If YES / <i>Jika YA,</i>		
(i) Is there any party who has influenced your decision? / <i>Adakah mana-mana pihak mempengaruhi keputusan anda?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ii) Are you satisfied by the explanation given by our Agent/Bank Sales Staff/Branch Staff on the implications of surrendering and/or terminating your existing insurance policy? If not, please explain / <i>Adakah anda berpuas hati dengan penjelasan yang diberikan oleh Ejen/Kakitangan Jualan Bank/Kakitangan Cawangan kami berhubung dengan penyerahan dan/atau penamatan polisi insurans sedia anda? Jika tidak sila nyatakan sebabnya.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(iii) Please state the replacement reason and provide further information on the plan to be replaced (Agent Name, Insurance Company, Plan Name, Sum Assured) / <i>Sila nyatakan alasan penggantian dan berikan butiran lanjut tentang pelan yang hendak digantikan (Nama Ejen, Syarikat Insurans, Nama Pelan, Jumlah yang Diinsuranskan)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. HEALTH DETAILS (MUST BE ANSWERED IN ALL CASES) MAKLUMAT-MAKLUMAT KESIHATAN (SEMUA SOALAN MESTI DIJAWAB) (Please mark x in the applicable box) / (Sila tandakan x pada kotak yang berkenaan)				Life Assured / Diri Yang Diinsuranskan		Policy Owner / Pemilik Polisi	
				Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak
1.	Have you ever been diagnosed with or treated for or advised to seek treatment for a disease, injury, disability, physical defect, physical deformity, or sequels thereof (such as but not limited to: cardiovascular disease, stroke, high blood pressure, cancer, eye disease, disease of the liver, the kidney(s), the digestive tract or the respiratory tract, metabolic disorders, diabetes mellitus, diseases of the musculoskeletal system, neurological disorders, paralysis, mental or psychiatric disorders, tuberculosis, HIV/AIDS etc.) by a medical doctor/professional? <i>Pernahkah anda didiagnosis atau dirawat atau dinasihatkan untuk mendapatkan rawatan bagi penyakit, kecederaan, hilang upaya, ketidaksempurnaan fizikal, kecacatan fizikal, atau yang berkaitan dengannya (dan tidak terhad kepada: penyakit kardiovaskular, angin ahmar, darah tinggi, barah, penyakit mata, penyakit hati, buah pinggang, saluran penghadaman atau pernafasan, gangguan metabolisme, kencing manis, penyakit rangka otot, gangguan saraf, lumpuh, gangguan mental, batuk kering, HIV/AIDS dan sebagainya) oleh doktor perubatan/profesional?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Has any of your application(s) for insurance or reinstatement of existing policies ever been rated up, postponed, declined or in any way modified? <i>Pernahkah permohonan anda untuk insurans atau penguatkuasaan semula polisi yang sedia ada dinaikkan kadar, ditangguhkan, ditolak atau diubahsuai dengan sebarang cara?</i> _____ _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Are you now a member of any military or naval force, or in the past 5 years, have you engaged in or plan to engage in any hazardous sports as a career or hobby, or participated in races or flying other than as a fare paying passenger on a regular scheduled airline? <i>Adakah anda merupakan ahli mana-mana angkatan ketenteraan, atau dalam jangkamasa 5 tahun yang lepas, anda terlibat atau bercadang untuk terlibat dalam bidang sukan yang merbahaya sebagai karier atau hobi, atau perlumbaan atau menyertai penerbangan selain daripada membayar tambang dalam penerbangan berjadual?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	FOR CHILD AGE 3 YEARS OLD AND BELOW ONLY / UNTUK ANAK BERUMUR 3 TAHUN KE BAWAH SAHAJA Was the Life Assured born premature or pre-term, or has ever suffered from or currently suffering from any residual birth complications, congenital disorder, birth defect, physical impairment, mental retardation, G6PD deficiency, cerebral palsy, Down's Syndrome, prolonged jaundice, respiratory distress syndrome or any other serious disorder? <i>Pernahkah Diri Yang Diinsuranskan dilahirkan pramatang atau pra-jangka, atau pernah mengalami atau sedang mengalami apa-apa komplikasi kelahiran, gangguan kongenital, kecacatan kelahiran, kecacatan fizikal, terencat akal, kekurangan G6PD, palsi serebrum, Sindrom Down, jaundis berpanjangan, sindrom distres respirasi atau apa-apa gangguan serius yang lain?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	FOR FEMALE LIFE ASSURED ONLY / UNTUK DIRI WANITA YANG DIINSURANSKAN SAHAJA (a) Are you now pregnant? If Yes, how many months? / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Expected date of delivery / <i>Adakah anda mengandung? Sekiranya Ya, berapa bulan? Tarikh dijangka bersalin</i> _____ (b) Have you ever had any disorders of the breast or female organs or complications at childbirth? / <i>Pernahkah anda mengalami tanda-tanda penyakit payu dara, sistem peranakan atau kesulitan ketika melahirkan anak?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Do you intend to see a doctor or visit a clinic or hospital for any impairment or concern not listed above? / <i>Adakah anda berhasrat untuk berjumpa doktor atau melawat klinik atau hospital untuk apa-apa kemerosotan atau kebimbangan yang tidak disenaraikan di atas?</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If any answer to questions 1 and 6 is "YES", please give full particulars below, including dates, diagnosis, etc, by noting the question number. / <i>Sekiranya jawapan kepada soalan 1 dan 6 adalah "YA", sila beri penerangan penuh mengikut nombor soalan. Penerangan termasuklah tarikh, diagnosis dan lain-lain.</i>							
Question No. / No. Soalan	Illness, injury & tests / Penyakit, kecederaan & ujian	Date Commenced / Tarikh Permulaan	Reason, type & treatment including date(s) of last consultations / hospitalisation / Sebab, jenis & rawatan termasuk tarikh terakhir rundingan/kemasukan hospital				

J. OTHER IMPORTANT COVERAGE DETAILS / MAKLUMAT-MAKLUMAT PENTING YANG LAIN			
1. Total amount of insurance on your life (including all pending proposals with other companies) / <i>Jumlah insurans ke atas diri anda (termasuk cadangan tertunggak dengan syarikat lain)</i>			
Company / Syarikat	Life Insurance / Insurans Hayat	Critical Illness Coverage/Hospitalisation/Accident / Perlindungan Penyakit Kritikal/Hospital/Kemalangan	Date Issued / Tarikh Dikeluarkan

**K. DECLARATION OF PERSONAL DATA PROTECTION ACT (PDPA) & FOREIGN ACCOUNT TAX COMPLIANCE ACT (FATCA) & COMMON REPORTING STANDARD (CRS) / PENGISYTIHARAN AKTA PERLINDUNGAN DATA PERIBADI (PDPA) & AKTA PEMATUHAN CUKAI AKAUN ASING (FATCA) & STANDARD PELAPORAN BERSAMA (CRS)**

I/We agree that AmMetLife, AmBank Group and/or MetLife Inc. and its subsidiaries and affiliates (MetLife Group), and their related companies, subsidiaries, holding company, business partners and any third party (within or outside Malaysia) can share and use my/our data and personal information for the purpose of promoting its related companies', subsidiaries', holding company's, business partners' and any third party products, new services and support requirements; and marketing campaigns and commercial transaction activities. I/We can withdraw this permission at any time by letting AmMetLife know in writing. / Saya/Kami bersetuju bahawa AmMetLife, Kumpulan AmBank dan/atau MetLife Inc. dan anak syarikat dan sekutu (Kumpulan MetLife), dan syarikat-syarikat berkaitan, anak syarikat, syarikat induk, rakan kongsi perniagaan dan mana-mana pihak ketiga (dalam atau di luar Malaysia) boleh berkongsi dan menggunakan data saya/kami dan maklumat peribadi untuk maksud menggalakkan syarikat-syarikat berkaitan, syarikat-syarikat subsidiari, pegangan, rakan kongsi perniagaan syarikat dan mana-mana produk pihak ketiga, perkhidmatan baru dan keperluan sokongan; dan kempen pemasaran dan aktiviti-aktiviti urus niaga perdagangan. Saya/Kami boleh menarik balik kebenaran ini pada bila-bila masa dengan membiarkan AmMetLife tahu secara bertulis.

Yes / Ya  No / Tidak

I/We further understand and agree that AmMetLife shall have the right to use my/our data and personal information for the purpose of the insurance operational process which might include transfer of data and personal information, within or outside Malaysia, to MetLife Group, AmMetLife's other related companies, subsidiaries and/or its holding companies, outsourcing partners, reinsurers, solicitors, affiliate companies, their outsourcing partners and to any regulatory bodies, or any relevant foreign tax authority, including any reporting obligations by AmMetLife, its shareholders or its related/affiliated entities under the United States Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA). / Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa AmMetLife berhak untuk menggunakan data dan maklumat peribadi saya/kami untuk tujuan proses operasi insurans yang mungkin termasuk pemindahan data dan maklumat peribadi, di dalam atau di luar Malaysia, ke Kumpulan MetLife, lain-lain syarikat berkaitan AmMetLife, subsidiari dan/atau syarikat pegangan, rakan-rakan khidmat luar, pelindung semula insurans, peguamcara, syarikat-syarikat gabungan, rakan-rakan khidmat luar mereka dan kepada sebarang badan pengawal selia, atau mana-mana pihak berkuasa cukai asing yang berkaitan termasuk sebarang keperluan laporan oleh AmMetLife, pemegang-pemegang saham atau entiti berkaitan/gabungan di bawah Akta Pematuhan Cukai Akaun Asing Amerika Syarikat (FATCA).

I/We can withdraw this permission at any time by letting AmMetLife know in writing. / Saya/Kami boleh menarik semula kebenaran ini pada bila-bila masa dengan memaklumkan secara bertulis kepada AmMetLife.

I/We understand that I/We have a right to obtain access to and to request correction of any data and personal information held by AmMetLife concerning me/us. Such request can be made via a written request to AmMetLife. / Saya/Kami memahami bahawa saya/kami berhak untuk mendapatkan akses dan untuk memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi dan data yang dipegang oleh AmMetLife berkenaan saya/kami. Permohonon tersebut boleh dilakukan secara bertulis kepada AmMetLife.

I/We have read and understood the AmMetLife's Privacy Notice, which is available at AmMetLife's website and branches. / Saya/Kami telah membaca dan memahami Notis Privasi AmMetLife, yang terdapat di laman web dan cawangan-cawangan AmMetLife.

I/We understand that AmMetLife will deduct any withholding required by FATCA. / Saya/Kami memahami bahawa AmMetLife akan memotong sebarang penyekatan yang diperlukan oleh FATCA.

I/We further understand that AmMetLife reserves the right, within its sole discretion, to cancel this proposal in the event that appropriate documentation of my/our US or non-US status for purposes of FATCA is not timely provided to AmMetLife. In particular, in the event that applicable laws or regulations of Malaysia would prohibit withholding on payments to the policy or prohibit the reporting of the policy, and no waiver of such local law is obtained, AmMetLife reserves the right to terminate the policy. / Saya/Kami juga memahami bahawa AmMetLife berhak, bergantung pada budi bicara, untuk membatalkan permohonan ini sekiranya dokumen-dokumen daripada saya/kami yang diperlukan berkenaan dengan status AS atau bukan AS untuk tujuan FATCA tidak diserahkan dalam masa yang ditetapkan kepada AmMetLife. Khususnya, sekiranya undang-undang atau peraturan-peraturan Malaysia yang berkaitan akan menghalang sekatan pembayaran kepada polisi atau menghalang laporan kepada polisi tersebut dan tiada perlepasan yang diterima daripada undang-undang tempatan tersebut, AmMetLife berhak untuk membatalkan polisi tersebut.

I/We understand that the information supplied by me/our is covered by the full provisions of the terms and conditions governing the account holder's relationship with AmMetLife Insurance Berhad setting out how AmMetLife Insurance Berhad may use and share the information supplied by me. / Saya/Kami memahami bahawa maklumat yang diberikan oleh saya/kami dilindungi oleh peruntukan penuh terma dan syarat yang ditetapkan antara hubungan pemegang akaun dengan AmMetLife Insurance Berhad menyatakan bagaimana AmMetLife Insurance Berhad boleh menggunakan dan berkongsi maklumat yang dibekalkan oleh Saya.

I/We acknowledge that the information contained in this form and information regarding the account holder and any reportable account(s) may be provided to the tax authorities of the country/jurisdiction in which this account(s) is/are maintained and exchanged with tax authorities of another country/jurisdiction or countries/jurisdictions in which the account holder may be tax resident pursuant to intergovernmental agreements to exchange financial account information. / Saya/Kami mengakui bahawa maklumat yang terkandung di dalam borang dan maklumat berkenaan pemegang akaun dan mana-mana akaun yang boleh dipertanggungjawabkan boleh diberikan kepada pihak berkuasa cukai negara / bidang kuasa di mana akaun ini / dikekalkan dan ditukar dengan Pihak berkuasa cukai negara / bidang kuasa lain atau negara/negara di mana pemegang akaun mungkin pemastautin cukai menurut perjanjian antara kerajaan untuk menukar maklumat akaun kewangan.

I/We certify that I am the account holder (or am authorised to sign for the account holder) of all the account(s) to which this form relates. / Saya/Kami mengesahkan bahawa saya pemegang akaun (atau saya diberi kuasa untuk menandatangani pemegang akaun) semua akaun yang berkaitan dengan borang ini.

I/We declare that all statements made in this declaration are, to the best of my knowledge and belief, correct and complete. / Saya/Kami mengaku bahawa semua kenyataan yang dibuat dalam perisytiharan ini adalah, dengan pengetahuan dan kepercayaan saya yang terbaik, betul dan lengkap.

I/We undertake to advise AmMetLife Insurance Berhad within 30 days of any change in circumstances which affects the tax residency status of the individual identified in this form or causes the information contained herein to become incorrect or incomplete, and to provide AmMetLife Insurance Berhad that maintains the account/AmMetLife Insurance Berhad with a suitably updated self-certification and Declaration within up to 30 days of such change in circumstances. / Saya/Kami berjanji untuk menasihati AmMetLife Insurance Berhad dalam tempoh 30 hari dari sebarang perubahan keadaan yang memberi kesan kepada status kediaman cukai individu yang dikenal pasti dalam bentuk ini atau menyebabkan maklumat yang terkandung di sini menjadi tidak betul atau tidak lengkap, dan untuk memberikan AmMetLife Insurance Berhad yang mengekalkan akaun/AmMetLife Insurance Berhad dengan pensijilan dan Deklarasi diri yang dikemaskini dalam masa sehingga 30 hari dari perubahan dalam keadaan.

**L. DECLARATION BY POLICY OWNER/LIFE ASSURED / PENGAKUAN OLEH PEMILIK POLISI/DIRI YANG DIINSURANSKAN**

I declare and agree on behalf of myself and any person(s), firm or corporation, who may have or claim any interest in any insurance on this proposal, that: /  
Saya dengan ini mengaku dan bersetuju bagi pihak diri saya dan sesiapa juga, firma atau organisasi yang mungkin menuntut atau mempunyai sebarang kepentingan dalam sebarang insurans yang dikeluarkan melalui borang cadangan ini:

- (a) That I shall take reasonable care not to make a misrepresentation to AmMetLife upon answering any specific question on this proposal which is referred to me and further agree that I shall take reasonable care to disclose any matter, that I know to be relevant to AmMetLife's decision on whether to accept the risk or otherwise. / *Bahawa saya akan mengambil tindakan semunasabahnya untuk tidak melakukan misrepresentasi kepada AmMetLife apabila menjawab sebarang soalan spesifik berkenaan cadangan ini yang dirujuk kepada saya dan seterusnya bersetuju bahawa saya akan berhati-hati apabila mendedahkan sebarang perkara, yang saya tahu adalah relevan kepada keputusan AmMetLife sama ada untuk menerima risiko atau tidak.*
- (b) All declarations, statements and answers in this proposal form and in questionnaires or other documents completed in connection with this application and statements made and answers given to AmMetLife's medical examiner(s), are full and accurate/correct and I understand that AmMetLife, believing them to be such, will rely and act on them, otherwise any policy issued hereunder may be avoided, my claim denied or reduced, the terms of the policy changed or varied, or the Policy terminated. I have read and understood the contents of the proposal form including all warnings and notices therein and I have fully and accurately answered all the questions in the proposal form and the other questions asked by AmMetLife, if any, after having fully read and understood the questions. / *Semua pengakuan, keterangan dan jawapan di dalam borang cadangan dan soalan, serta dokumen yang diisi berkaitan dengan cadangan ini dan jawapan serta keterangan yang diberi kepada doktor AmMetLife sewaktu pemeriksaan kesihatan adalah sepenuhnya dan dengan tepat/betul dan saya memahami pihak AmMetLife akan percaya tentang kebenarannya serta akan bergantung dan bertindak ke atasnya. Jika tidak, sebarang polisi ini boleh dielakkan dan tuntutan saya dinafikan atau dikurangkan, terma-terma polisi ditukar atau diubah, atau Polisi ini ditamatkan. Saya telah membaca dan memahami isi kandungan borang cadangan termasuk semua peringatan dan notis di dalamnya dan Saya telah menjawab semua soalan dalam borang cadangan dan soalan lain yang ditanya oleh AmMetLife, jika ada, dengan lengkap dan tepat selepas membaca dan memahami soalan-soalan tersebut sepenuhnya.*
- (c) All declarations and statement or answers in this proposal form and any required statement to AmMetLife's Medical Examiner, questionnaires or written amendments together with the relevant policy shall constitute the entire contract between the parties there into so far as it may be relevant to the policy or policies issued. I am aware that I must inform AmMetLife of any change to the answers given in the proposal form if the change occurred after I have submitted the proposal form but before the contract is entered into. / *Semua pengakuan dan keterangan yang dibuat dan kenyataan kepada doktor AmMetLife, sebarang jawapan kepada soalan-soalan tambahan atau perubahan yang dibuat bersama-sama polisi akan menjadi asas perjanjian di antara pihak berkenaan. Saya mengetahui bahawa saya mesti memberitahu AmMetLife mengenai sebarang perubahan pada jawapan yang telah diberikan dalam borang cadangan jika perubahan tersebut berlaku selepas saya menyerahkan borang cadangan tetapi sebelum kontrak dimeterai.*
- (d) Understand and agree that the insurance coverage applied for shall not take effect unless and until written acceptance of this offer is communicated by AmMetLife during my lifetime and in good health and upon payment of the first premium. I fully understand that my answers and/or statements given in respect of the questions asked by AmMetLife, and any other relevant documents completed by me in connection with the proposal and in any medical report or amendments (collectively referred to as "the information") are relevant to AmMetLife in deciding whether to accept my proposal or not and the rates and terms to be applied / *Memahami dan bersetuju bahawa perlindungan insurans yang dipohon hanya akan berkuatkuasa apabila penerimaan tawaran tersebut diberitahu secara bertulis oleh AmMetLife semasa hayat saya dan dalam keadaan kesihatan yang sihat dan premium pertama telah dibayar. Saya benar-benar memahami bahawa jawapan dan/atau pernyataan yang saya beri berkaitan dengan soalan yang ditanya oleh AmMetLife, dan mana-mana dokumen lain yang berkaitan yang dilengkapkan oleh saya berhubung dengan cadangan dan dalam mana-mana laporan perubahan atau pindaan (secara kolektif dirujuk sebagai "maklumat") adalah berkaitan dengan AmMetLife dalam membuat keputusan sama ada hendak menerima cadangan saya atau tidak serta kadar dan terma yang akan dipakai;*
- (e) I have given to Agent/Bank Sales Staff/Branch Staff named below no other information, except those written in this proposal and that to the best of my knowledge and belief, Agent/Bank Sales Staff/Branch Staff has given no other information or knowledge, relating to any circumstances relevant to the acceptance of the risk. / *Saya telah memberi keterangan kepada Ejen/Kakitangan Jualan Bank/Kakitangan Cawangan seperti yang dinamakan di bawah lain-lain maklumat, kecuali yang tertulis di dalam borang cadangan ini dan sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya, Ejen/Kakitangan Jualan Bank/Kakitangan Cawangan tidak memberi maklumat/keterangan yang berkaitan dengan sebarang perihal berhubung penerimaan risiko.*
- (f) I am making this application independent of any statement made by Agent/Bank Sales Staff/Branch Staff named below contrary to the provisions as contained in AmMetLife's standard policy. / *Saya membuat cadangan ini bebas daripada sebarang kenyataan yang dibuat oleh Ejen/Kakitangan Jualan Bank/ Kakitangan Cawangan dan bebas dari sebarang kenyataan yang bertentangan dengan peruntukan sebagaimana yang terdapat dalam polisi AmMetLife.*
- (g) I, the Proposer confirm that I have not been declared a bankrupt. / *Saya, Pencadang mengesahkan bahawa saya tidak pernah diisytiharkan sebagai seorang mullis.*
- (h) I, the Life Assured confirm that I have not been declared a bankrupt. / *Saya, Diri Yang Diinsuranskan mengesahkan bahawa saya tidak pernah diisytiharkan sebagai seorang mullis.*  
 Agree / Bersetuju       Disagree / Tidak Bersetuju
- (i) I understand that it is my duty to inform AmMetLife in the event of any change of my citizenship(s) during the lifetime of the policy issued under this proposal. / *Saya faham bahawa ia adalah kewajipan saya memberitahu AmMetLife jika berlaku apa-apa perubahan kewarganegaraan saya semasa hayat polisi yang dikeluarkan di bawah permohonan ini.*
- (j) I hereby authorise any doctor/specialist, hospital, clinic, insurance company or other organisation, institution or person, that has any records or knowledge of me or my health, to disclose to AmMetLife or its representative any and all information about me with reference to my health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment. This authorisation shall irrevocably bind my successors and assigns and remain valid, notwithstanding my death or incapacity and a photocopy of this authorisation shall be effective and valid as the original. Furthermore, unless my prior consent has been obtained, AmMetLife shall at all times, keep all results of any such tests confidential and the use thereof shall only be for the purpose of this application or further application for insurance with AmMetLife except to such an extent that disclosure is required by the Life Insurance Association of Malaysia (LIAM), any proper Government Authority or by Law. / *Saya dengan ini memberi kuasa kepada sebarang doktor, hospital, klinik, syarikat insurans atau organisasi lain, institusi dan sesiapa juga yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan mengenai saya atau kesihatan saya untuk memberi AmMetLife atau wakilnya sebarang keterangan atau semua maklumat mengenai kesihatan dan rekod rawatan perubahan dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan sakit atau penyakit saya dan salinan surat ini akan dianggap sah sebagai salinan asal. Sekiranya kebenaran saya telah diperolehi, pihak AmMetLife mestilah pada setiap masa, menyimpan segala rekod-rekod sulit hanya bagi tujuan cadangan ini ataupun yang seterusnya dengan AmMetLife kecuali pihak Persatuan Insurans Hayat Malaysia (LIAM) atau pihak kerajaan memerlukannya.*
- (k) I declare that I (Policy Owner) will be the legal and beneficial owner who ultimately owns and or has effective control over the policy to be issued pursuant to this proposal and that I am not making this proposal as a nominee or on behalf of some other party not disclosed in this proposal. / *Saya akui bahawa saya (Pemilik Polisi) akan menjadi pemilik sah dan pemilik benefisiari yang secara muktamadnya memiliki dan/ atau mempunyai penguasaan yang berkesan ke atas polisi yang hendak dikeluarkan menurut cadangan ini dan saya tidak membuat cadangan ini sebagai penama atau atas nama pihak lain yang tidak dinyatakan dalam cadangan ini.*

Witness Name (1) /

Nama Saksi: .....

Signed At / Ditandatangani Di:

NRIC No. / No. K.P.: .....

Date / Tarikh:

D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



**M. IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING**

- (a) The Life Assured's age will be admitted if due proof is furnished to AmMetLife. Proof of age of the Life Assured will be required prior to any payment of benefits under this policy. / *Bukti ke atas umur Diri Yang Diinsuranskan hendaklah dikemukakan kepada AmMetLife sebelum apa-apa bayaran faedah dibuat.*
- (b) You are entitled to ask for and study the brochure and sales illustration in respect of the life policy, paying particular attention to the benefits which are guaranteed, which are not guaranteed and your duties as the policy owner under the policy contract. / *Anda berhak meminta dan meneliti risalah dan ilustrasi jualan polisi hayat yang anda berminat dan memberi perhatian ke atas faedah terjamin dan faedah tidak terjamin serta kewajipan anda sebagai pemilik polisi seperti yang terdapat di dalam perjanjian.*
- (c) Please complete the Nomination Section if you wish to appoint nominee(s). / *Sila lengkapkan Seksyen Penamaan jika anda ingin melantik penama.*

**N. CONSENT OF PARENT/LEGAL GUARDIAN / PERSETUJUAN IBUBAPA/PENJAGA SAH**

I / Saya \_\_\_\_\_ (\*Parent/Legal Guardian of the Policy Owner / \*Ibubapa/Penjaga Sah Pemilik Polisi)

NRIC No. / No. K.P. \_\_\_\_\_ hereby consent to / dengan ini membenarkan \_\_\_\_\_ to be the owner of this Policy / menjadi Pemilik Polisi ini.

\*Consent/Declaration for Policy Owner who has attained the age of 10 but less than 16 years /

\*Persetujuan/Pengisytiharan Pemilik Polisi yang berumur 10 tahun tetapi kurang dari 16 tahun.

**O. DECLARATION BY AGENT/BANK SALES STAFF/BRANCH STAFF / PENGAKUAN OLEH EJEN/KAKITANGAN JUALAN BANK/KAKITANGAN CAWANGAN**

I declare and confirm that / Saya mengaku bahawa:

- All information contained in this proposal is the only information given to me by the proposed assured, and I have not withheld any other information which might influence the acceptance of this proposal. / *Semua maklumat yang terkandung di dalam borang cadangan ini adalah maklumat yang hanya diberi oleh pihak diinsuranskan yang dicadangkan, dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting yang mungkin mempengaruhi penerimaan cadangan ini.*
- I have not made any statement to the proposed assured contrary to the provision as contained in AmMetLife's standard policy. / *Saya tidak memberi apa-apa kenyataan kepada pihak diinsuranskan yang dicadangkan, yang bercanggah dengan peruntukan yang terkandung di dalam Polisi AmMetLife.*
- I have sighted the original NRIC/Passport/Birth Certificate and verified the details. / *Saya telah meneliti Kad Pengenalan/Pasport/Sijil Kelahiran asal dan mengesahkan butirannya.*

Name / Nama:

NRIC No. / No. K.P.:

Date / Tarikh:

D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**P. DETAILS OF NOMINEE(S) / BUTIR-BUTIR PENAMA**

Upon approval and issuance of this policy by AmMetLife Insurance Berhad, I hereby nominate the following as nominee(s) to receive all policy monies payable upon my death under the basic policy and any supplementary benefits. / *Selepas kelulusan dan pengeluaran polisi tersebut oleh AmMetLife Insurance Berhad, saya dengan ini menamakan penama-penama berikut untuk menerima segala wang polisi yang boleh dibayar atas polisi asas dan mana-mana faedah tambahan apabila saya meninggal dunia.*

**FIRST NOMINEE / PENAMA PERTAMA**

Name / Nama  Nationality / Warganegara

NRIC/Birth Certificate/Passport No. / No. K.P./Sijil Kelahiran/Pasport  Date of Birth / Tarikh Lahir  Relationship / Hubungan

Country of Birth / Negara Tempat Lahir  Gender / Jantina  Male / Lelaki  Female / Perempuan Share / Bahagian  %

Are you a citizen of the United States of America? / Adakah anda seorang warganegara Amerika Syarikat?  Yes / Ya  No / Tidak

List other countries of citizenship (if applicable) / Senarai kewarganegaraan dari negara-negara lain (jika berkenaan) 1.  2.  3.

Address / Alamat (if different from Policy Owner / jika berlainan dengan Pemilik Polisi)

Occupation / Pekerjaan  Nature of Business / Jenis Industri

Employer Name / Nama Majikan

Employer Address / Alamat Majikan

**SECOND NOMINEE / PENAMA KEDUA**

Name / Nama  Nationality / Warganegara

NRIC/Birth Certificate/Passport No. / No. K.P./Sijil Kelahiran/Pasport  Date of Birth / Tarikh Lahir  Relationship / Hubungan

Country of Birth / Negara Tempat Lahir  Gender / Jantina  Male / Lelaki  Female / Perempuan Share / Bahagian  %

Are you a citizen of the United States of America? / Adakah anda seorang warganegara Amerika Syarikat?  Yes / Ya  No / Tidak

List other countries of citizenship (if applicable) / Senarai kewarganegaraan dari negara-negara lain (jika berkenaan) 1.  2.  3.

Address / Alamat (if different from Policy Owner / jika berlainan dengan Pemilik Polisi)

Occupation / Pekerjaan  Nature of Business / Jenis Industri

Employer Name / Nama Majikan

Employer Address / Alamat Majikan

**THIRD NOMINEE / PENAMA KETIGA**

Name / Nama  Nationality / Warganegara

NRIC/Birth Certificate/Passport No. / No. K.P./Sijil Kelahiran/Pasport  Date of Birth / Tarikh Lahir  Relationship / Hubungan

Country of Birth / Negara Tempat Lahir  Gender / Jantina  Male / Lelaki  Female / Perempuan Share / Bahagian  %

Are you a citizen of the United States of America? / Adakah anda seorang warganegara Amerika Syarikat?  Yes / Ya  No / Tidak

List other countries of citizenship (if applicable) / Senarai kewarganegaraan dari negara-negara lain (jika berkenaan) 1.  2.  3.

Address / Alamat (if different from Policy Owner / jika berlainan dengan Pemilik Polisi)

Occupation / Pekerjaan  Nature of Business / Jenis Industri

Employer Name / Nama Majikan

Employer Address / Alamat Majikan

**Q. DETAILS OF TRUSTEE / BUTIR-BUTIR PEMEGANG AMANAH**

I hereby nominate the following trustee(s) to receive the money payable under this policy and reserve the right to remove or appoint additional trustee(s) and revoke all the existing trustee(s) if (any) named earlier subject to written consent from the existing trustee(s). / Saya dengan ini menamakan Pemegang-pemegang Amanah berikut untuk menerima pembayaran wang polisi ini dan mempunyai hak untuk meminda atau melantik Pemegang Amanah yang lain dan membatalkan Pemegang Amanah yang sedia ada sebelum ini (jika ada) tertakluk kepada kebenaran bertulis pemegang-pemegang amanah sedia ada.

Where there are 2 Trustees, the Trustees will exercise or perform the powers under the trust jointly upon death of the Policy Owner. However, in the event of death of one of the Trustees, the surviving Trustee shall exercise or perform the powers under the trust. / Sekiranya terdapat 2 Pemegang Amanah, Pemegang Amanah akan menjalankan atau melaksanakan kuasa di bawah amanah itu bersama apabila berlaku kematian Pemilik Polisi. Walau bagaimanapun, sekiranya berlaku kematian ke atas salah seorang daripada Pemegang Amanah, Pemegang Amanah yang masih hidup hendaklah menjalankan atau melaksanakan kuasa di bawah amanah tersebut.

**FIRST TRUSTEE / PEMEGANG AMANAH PERTAMA**

Name / Nama  Nationality / Warganegara

NRIC/Birth Certificate/Passport No. / No. K.P./Sijil Kelahiran/Pasport  Date of Birth / Tarikh Lahir

Relationship / Hubungan

Country of Birth / Negara Tempat Lahir  Gender / Jantina  Male / Lelaki  Female / Perempuan

Are you a citizen of the United States of America? / Adakah anda seorang warganegara Amerika Syarikat?  Yes / Ya  No / Tidak

List other countries of citizenship (if applicable) / Senarai kewarganegaraan dari negara-negara lain (jika berkenaan)

1.  2.  3.

Address / Alamat (if different from Policy Owner / jika berlainan dengan Pemilik Polisi)

Occupation / Pekerjaan  Nature of Business / Jenis Industri

Employer Name / Nama Majikan

Employer Address / Alamat Majikan

I the proposer hereby confirm that the Trustee will be notified of the appointment in respect to the above-mentioned policy. / Saya selaku pencadang mengesahkan bahawa Pemegang Amanah akan dimaklumkan mengenai perantukan itu yang berkenaan dengan polisi yang dinyatakan di atas.

**SECOND TRUSTEE / PEMEGANG AMANAH KEDUA**

Name / Nama  Nationality / Warganegara

NRIC/Birth Certificate/Passport No. / No. K.P./Sijil Kelahiran/Pasport  Date of Birth / Tarikh Lahir

Relationship / Hubungan

Country of Birth / Negara Tempat Lahir  Gender / Jantina  Male / Lelaki  Female / Perempuan

Are you a citizen of the United States of America? / Adakah anda seorang warganegara Amerika Syarikat?  Yes / Ya  No / Tidak

List other countries of citizenship (if applicable) / Senarai kewarganegaraan dari negara-negara lain (jika berkenaan)

1.  2.  3.

Address / Alamat (if different from Policy Owner / jika berlainan dengan Pemilik Polisi)

Occupation / Pekerjaan  Nature of Business / Jenis Industri

Employer Name / Nama Majikan

Employer Address / Alamat Majikan

I the proposer hereby confirm that the Trustee will be notified of the appointment in respect to the above-mentioned policy. / Saya selaku pencadang mengesahkan bahawa Pemegang Amanah akan dimaklumkan mengenai perantukan itu yang berkenaan dengan polisi yang dinyatakan di atas.

R. PARTICULARS TAX RESIDENCY SELF-CERTIFICATION OF NOMINEE/TRUSTEE / BUTIR-BUTIR SIJIL CUKAI PERSENDIRIAN PENAMA/PEMEGANG AMANAH						
Note: If the account holder is tax resident in more than three countries/jurisdictions, please use separate sheet / Nota: Jika pemegang akaun adalah pemastautin cukai lebih daripada tiga negara / bidang kuasa, sila gunakan lembaran berasingan						
	NOMINEE/TRUSTEE / PENAMA PEMEGANG AMANAH		NOMINEE/TRUSTEE / PENAMA PEMEGANG AMANAH		NOMINEE/TRUSTEE / PENAMA PEMEGANG AMANAH	
(a) Country of Tax Residence /Negara Kediaman Cukai	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____
(b) Tax Identification No (TIN) / No Pengenalan Cukai (TIN)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
TIN number is not required if you are Malaysian and your Tax Residency is Malaysia / TIN Nombor tidak diperlukan jika anda adalah rakyat Malaysia dan Residensi Cukai anda adalah Malaysia						
(c) If TIN Unavailable Enter Reason A, B or C / Jika TIN Tidak Boleh Didapati sertakan Alasan A, B atau C	<input type="checkbox"/> Reason A / Alasan A	TIN country/jurisdiction where the account holder is resident does not issue TINS to its residents / TIN negara/bidang kuasa di mana pemegang akaun bermastautin tidak mengeluarkan TIN kepada penduduknya.	<input type="checkbox"/> Reason A / Alasan A	TIN country/jurisdiction where the account holder is resident does not issue TINS to its residents / TIN negara/bidang kuasa di mana pemegang akaun bermastautin tidak mengeluarkan TIN kepada penduduknya.	<input type="checkbox"/> Reason A / Alasan A	TIN country/jurisdiction where the account holder is resident does not issue TINS to its residents / TIN negara/bidang kuasa di mana pemegang akaun bermastautin tidak mengeluarkan TIN kepada penduduknya.
	<input type="checkbox"/> Reason B / Alasan B	The customer is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (Please explain why you are unable to obtain a TIN if you have selected this reason) / Pelanggan tidak dapat memberikan nombor TIN atau setaraf (Sila jelaskan mengapa anda tidak dapat memberikan TIN jika anda telah memilih alasan ini).	<input type="checkbox"/> Reason B / Alasan B	The customer is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (Please explain why you are unable to obtain a TIN if you have selected this reason) / Pelanggan tidak dapat memberikan nombor TIN atau setaraf (Sila jelaskan mengapa anda tidak dapat memberikan TIN jika anda telah memilih alasan ini).	<input type="checkbox"/> Reason B / Alasan B	The customer is otherwise unable to obtain a TIN or equivalent number (Please explain why you are unable to obtain a TIN if you have selected this reason) / Pelanggan tidak dapat memberikan nombor TIN atau setaraf (Sila jelaskan mengapa anda tidak dapat memberikan TIN jika anda telah memilih alasan ini).
	<input type="checkbox"/> Reason C / Alasan C	No TIN is required. (Note: Only select this reason if the domestic law of the relevant jurisdiction does not require the collection of the TIN issue by such jurisdiction / Tiada TIN diperlukan. (Nota: Hanya pilih sebab ini jika undang-undang tempatan bidang kuasa yang berkenaan tidak memerlukan pengumpulan isu TIN oleh bidang kuasa sedemikian).	<input type="checkbox"/> Reason C / Alasan C	No TIN is required. (Note: Only select this reason if the domestic law of the relevant jurisdiction does not require the collection of the TIN issue by such jurisdiction / Tiada TIN diperlukan. (Nota: Hanya pilih sebab ini jika undang-undang tempatan bidang kuasa yang berkenaan tidak memerlukan pengumpulan isu TIN oleh bidang kuasa sedemikian).	<input type="checkbox"/> Reason C / Alasan C	No TIN is required. (Note: Only select this reason if the domestic law of the relevant jurisdiction does not require the collection of the TIN issue by such jurisdiction / Tiada TIN diperlukan. (Nota: Hanya pilih sebab ini jika undang-undang tempatan bidang kuasa yang berkenaan tidak memerlukan pengumpulan isu TIN oleh bidang kuasa sedemikian).
(d) Please explain why you are unable to obtain a TIN if you selected Reason B above / Jika anda memilih alasan B sila jelaskan mengapa anda tidak dapat memberikan TIN						

**S. NOTICE / NOTIS**

i. If you are a **NON MUSLIM** and your nominee named is your spouse, child or parent (where there is no existing spouse or child at the time of nomination) your policy, upon AmMetLife's issuance, becomes a trust policy. A trustee should be appointed and thereafter you are not permitted to revoke your nomination, make financial variation, surrender, assign or pledge the policy as security, without the consent of the trustee(s). If trustees are not appointed, the following may become the trustees:

(a) The nominee who is competent or

(b) Where the nominee is incompetent, the parent of the incompetent nominee and where there is no surviving parent, the Public Trustee.

(c) **YOU AS THE POLICY OWNER SHOULD NOT APPOINT YOURSELF TO BE A TRUSTEE**

*Sekiranya anda **BUKAN BERAGAMA ISLAM** dan penama ialah suami/isteri, anak atau ibubapa anda (di mana tiadanya suami/isteri atau anak-anak pada masa penamaan) polisi anda, setelah dikeluarkan oleh AmMetLife's, menjadi polisi amanah. Pemegang amanah hendaklah dilantik dan selepas itu, anda tidak boleh membatalkan penamaan anda, melakukan pindaan kewangan, menyerahkan polisi, menyerahkan hak atau mencagarkan polisi sebagai sandaran, tanpa kebenaran daripada pemegang amanah. Sekiranya pemegang amanah belum dilantik, orang-orang yang berikut boleh menjadi pemegang amanah:*

(a) penama yang berkelayakan atau

(b) sekiranya penama tidak berkelayakan, maka ibubapa kepada penama yang tidak berkelayakan tersebut dan sekiranya ibubapanya telah meninggal dunia, maka tugas ini beralih kepada Pemegang Amanah Awam.

(c) **ANDA SEBAGAI PEMILIK POLISI TIDAK SEHARUSNYA MELANTIK DIRI ANDA SEBAGAI PEMEGANG AMANAH.**

ii. If your nominee is other than your spouse or child and in the case of your parent (where there is no existing spouse or child at the time of nomination) the nominee shall receive the death proceeds as an executor. If you intend such nominee to receive the death proceeds beneficially, you should assign the policy, upon issuance by AmMetLife. / *Sekiranya penama adalah bukan suami/isteri atau anak-anak tetapi adalah ibubapa anda (di mana tiada suami/isteri atau anak-anak pada masa penamaan), penama akan menerima prosid kematian sebagai wasi. Jika anda hendak penama menerima prosid kematian, anda hendaklah menyerah hak polisi tersebut, setelah ia dikeluarkan oleh AmMetLife.*

iii. If you are a **MUSLIM**, the named nominee shall receive the death proceeds as an executor and shall distribute in accordance with the laws of inheritance applicable to Muslims. Nomination for a trustee is not required. / *Sekiranya anda beragama ISLAM, penama yang dinamakan akan menerima prosid kematian sebagai wasi dan akan membahagikannya mengikut undang-undang harta pusaka yang terpakai kepada mereka yang beragama Islam. Penamaan pemegang amanah tidak diperlukan.*

iv. A policy owner who has attained the age of sixteen (16) years may nominate an individual to receive policy monies payable under his life policy upon his death under the policy by notifying AmMetLife in writing the Name, Date of Birth, New NRIC No. or Birth Certificate No. and Address of Nominee. / *Pemilik polisi yang telah mencapai umur enam belas (16) tahun boleh menamakan sesiapa sahaja untuk menerima wang polisi yang akan dibayar di bawah polisi hayat tersebut atas kematiannya di bawah polisi tersebut dengan memaklumkan AmMetLife secara bertulis Nama, Tarikh Lahir, No. KP Baru atau No. Sijil Kelahiran dan alamat Penama.*

v. It is advisable to appoint at least one nominee and keep the nominee informed of the appointment in order to facilitate the payment of policy monies payable upon death of the Life Assured. Failure to name a nominee may delay the payment of the policy monies. / *Dengan ini dinasihatkan untuk melantik sekurang-kurangnya seorang penama dan pastikan penama tersebut dimaklumkan akan lantikan tersebut bagi memudahkan pembayaran wang polisi yang akan dibayar atas kematian Diri Yang Diinsuranskan. Kegagalan untuk membuat penamaan boleh melambatkan pembayaran wang polisi tersebut.*

vi. A nomination made by the policy owner shall be revoked in the event of any one of the following:

(a) The death of the nominee;

(b) By a notice in writing given to AmMetLife by the policy owner, or

(c) By any subsequent nomination

*Penamaan yang dibuat oleh Pemilik Polisi akan dibatalkan sekiranya salah satu yang berikut berlaku:*

(a) Kematian Penama

(b) Dengan memberi notis bertulis kepada AmMetLife oleh Pemilik Polisi, atau

(c) Oleh mana-mana Penamaan kemudian

vii. A policy owner cannot revoke a nomination by a will, any other act, event or means. / *Pemilik Polisi tidak boleh membatalkan penamaan dengan wasiat, mana-mana tindakan, kejadian atau cara lain.*

viii. For further reference and information on the effect of nominations, please refer to the Schedule 10 of the Financial Services Act 2013 on Payment of Moneys Under Life Policy and Personal Accident Policy. / *Untuk rujukan dan informasi lanjut mengenai kesan penamaan, sila rujuk kepada Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 tentang Bayaran Wang di bawah Polisi Hayat dan Polisi Kemalangan Peribadi.*

Witness Name (2) /  
Nama Saksi (2)

I.C.Type /  
Jenis K.P.

NRIC / K.P.  Military ID / Police ID  Birth Certificate / Sijil Kelahiran  Passport / Pasport  Others / Lain-lain  
ID Tentera / ID Polis

New NRIC No. /  
No. K.P Baru

Old NRIC No./Others /  
No. K.P. Lama/Lain-lain

Date at /  
Bertarikh pada

D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- Trustee must be at least 18 years old. A trustee would be bound by the provisions of the Trustees Act. / *Pemegang amanah mestilah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun. Pemegang amanah adalah terikat dengan peruntukan Akta Pemegang Amanah.*
- Witness must be at least 18 years old and a person of sound mind and not named as a trustee/nominee above. / *Saksi mestilah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun dan berfikiran waras dan tidak dinamakan sebagai Pemegang Amanah/penama di atas.*

**Note / Nota-nota**

MetLife is a multinational organisation and as such, MetLife and AmMetLife as its associates are subject to the restrictions imposed by economic and trade sanctions programs in the United States as well as other countries where MetLife conducts business. Therefore, MetLife may not engage in any transactions, or pay claims that would violate any applicable trade or economic sanctions. AmMetLife shall not be deemed to provide coverage and AmMetLife shall not be liable to pay any claim or provide any Benefit to the extent that the provision of such Benefit would expose AmMetLife to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United States of America or any applicable laws. This policy will be deemed null and void should a party be subject to any aforementioned sanction or restriction at policy issuance. / MetLife merupakan sebuah organisasi multinasional, oleh itu MetLife dan AmMetLife sebagai sekutunya tertakluk kepada sekatan yang dikenakan oleh program sekatan ekonomi dan perdagangan di Amerika Syarikat dan negara-negara lain di mana MetLife menjalankan perniagaan. Oleh itu, MetLife tidak boleh terlibat dalam sebarang transaksi, atau membayar tuntutan yang akan melanggar sebarang sekatan perdagangan atau ekonomi yang berkaitan. AmMetLife tidak akan tertakluk untuk memberi perlindungan dan AmMetLife tidak akan bertanggungjawab untuk membayar sebarang tuntutan atau memberikan sebarang faedah sekiranya peruntukan faedah itu akan mendedahkan AmMetLife kepada sebarang sekatan, larangan atau sekatan di bawah resolusi Bangsa-Bangsa Bersatu atau sekatan perdagangan atau ekonomi, undang-undang atau peraturan-peraturan Kesatuan Eropah, United Kingdom atau Amerika Syarikat atau sebarang undang-undang yang berkenaan. Polisi ini akan dianggap terbatal dan tidak sah sekiranya sesuatu pihak tertakluk kepada sebarang sekatan-sekatan yang disebutkan atau sekatan ketika pengeluaran polisi.

**Important Notice / Nota Penting**

Please take note that all types of premium payment must be remitted to AmMetLife Insurance Berhad. For payment by cheque or Bank Draft must be crossed and made payable to: AmMetLife Insurance Berhad with Policy No and Name of Life Assured stated on the reverse side of the cheque. Please disregard this notice if payment has been made or if your policy is paid through banker's order or cheque. / Sila ambil perhatian bahawa segala jenis pembayaran premium perlu dibuat kepada AmMetLife Insurance Berhad. Pembayaran melalui cek atau Draf Bank mesti dipalang dan dibayar kepada: AmMetLife Insurance Berhad dengan Nombor Polisi dan Nama Diri Yang Diinsuranskan ditulis di belakang cek. Sila abaikan notis ini jika bayaran sudah dibuat atau bayaran dibuat melalui arahan bank atau cek.

If the said amount is not paid, the monthly charges will be deducted from any balance in the fund. Once the fund has been utilised, the policy and all its benefits will become forfeited. Please disregard this statement if the monthly charges are not applicable to this Policy. / Jika amaun tersebut tidak dibayar, bayaran caj bulanan akan ditolak daripada sebarang baki yang terdapat dalam dana Polisi. Apabila dana tersebut telah digunakan sepenuhnya, polisi ini dan segala manfaat akan ditamatkan. Sila abaikan penyata ini jika caj bulanan tidak berkenaan dengan polisi ini.

**T. OTHER PREMIUM PAYMENT OPTIONS / SALURAN PEMBAYARAN PREMIUM YANG LAIN**

1. Standing Instruction via VISA/MasterCard Credit Card. / Arahan Tetap melalui Kad Kredit VISA/MasterCard.  
Download the Credit Card Payment Instruction Form from [www.ammethlife.com](http://www.ammethlife.com) / Sila muat turun borang Arahan Pembayaran Kad Kredit di laman web [www.ammethlife.com](http://www.ammethlife.com)
2. Auto Debit / Auto Debit  
Please obtain the following forms at any of our branches nationwide for Auto Debit from your savings or current bank account. / Sila dapatkan borang kebenaran Auto Debit dari mana-mana cawangan kami yang terdekat untuk membuat Pembayaran Automatik melalui akaun simpanan atau semasa.
  - a. MEPS Direct Debit Authorisation Form (13 Participating banks) or / Borang Kebenaran Debit Terus MEPS (13 rangkaian bank) atau
  - b. Maybank Auto Debit Form / Borang Auto Debit Maybank (applicable to Maybank account holders only / untuk pemegang akaun Maybank sahaja)
3. Internet banking – Online Bill Payment / Perbankan Internet – Pembayaran Bil Secara Online  
Pay Premium via Internet banking / Bayaran premium melalui Perbankan Internet:
  - a. AmBank [www.ambank.com.my](http://www.ambank.com.my)
  - b. Maybank [www.maybank2u.com.my](http://www.maybank2u.com.my)
4. JomPAY / JomPAY

Company Name / Nama Syarikat	AmMetLife Insurance Berhad
Company Registration No / No. Register Syarikat	15743P
Biller Code / Kod Bill	9720

**Payment via AmBank Berhad / Bayaran melalui AmBank Berhad**

Bank	Payment Method / Kaedah Pembayaran
AmBank Berhad	Cash payment via Counter / Pembayaran Tunai melalui Kaunter Cheque Payment via Deposit Machine / Pembayaran Cek melalui Mesin Deposit
	Account Number / Nombor Akaun

--

Signature of Life Assured /  
Tandatangan Diri Yang Diinsurankan

--

Signature of Policy Owner  
(if different from Life Assured) /  
Tandatangan Pemilik Polisi  
(jika berlainan dengan Diri Yang Diinsurankan)

--

Signature of \*Parent/Legal Guardian /  
Tandatangan \*Ibubapa/Penjaga Sah

--

Signature of Trustee (1) /  
Tandatangan Pemegang Amanah(1)

--

Signature of Trustee (2) /  
Tandatangan Pemegang Amanah(2)

--

Signature of Witness (1) /  
Tandatangan Saksi (1)

--

Signature of Witness (2) /  
Tandatangan Saksi (2)

--

Signature of Agent/Bank Sales  
Staff/Branch Staff /  
Tandatangan Ejen/Kakitangan  
Jualan Bank/Kakitangan Cawangan

--

Verified by Branch/Bank Officer /  
Disahkan oleh Pegawai  
Cawangan/Bank

**Assessment (For office use only) / Penilaian (Untuk kegunaan pejabat sahaja)**

**A. Officer's Review of the Account - In Scope for FATCA / Penilaian Pegawai Bagi Akaun - Dalam Skop FATCA**

1. Is the applicant's product in scope for FATCA? (refer to the In-Scope FATCA Product Listing) / Adakah produk pemohon dalam skop untuk FATCA? (rujuk kepada Skop dalam Senarai Produk FATCA)

Yes / Ya	No / Tidak
----------	------------

2. Does the Cash Value of the account exceed USD 50,000? (Conversion of MYR to USD must be based on exchange rate as at date of review) / Adakah Nilai Tunai akaun melebihi USD 50,000? (Penukaran MYR kepada USD mestilah berdasarkan kadar pertukaran pada tarikh penilaian)

Yes / Ya	No / Tidak
----------	------------

**Is the Account In Scope for FATCA? (Answer 'Yes' if 'Yes' to both of the above) / Adakah Akaun Dalam Skop FATCA? (Jawapan 'Ya' jika 'Ya' kepada kedua-dua di atas)**

Yes / Ya	No / Tidak
----------	------------

**B. Officer's Review of the Account - In Scope for CRS / Penilaian Pegawai Bagi Akaun - Dalam Skop CRS**

Is the applicant's product in scope for CRS? (refer to the In-Scope CRS Product Listing) / Adakah produk pemohon dalam skop untuk CRS? (rujuk kepada Skop dalam Senarai Produk CRS)

Yes / Ya	No / Tidak
----------	------------

**C. Officer's Declaration and Acknowledgement / Pengisytiharan dan Pengakuan Pegawai**

I declare that the required assessment has been performed for the customer(s) listed above; and that the information provided is true, correct and updated. / Saya mengaku bahawa penilaian yang diperlukan telah dijalankan untuk pelanggan yang tersenarai di atas; dan bahawa maklumat yang diberikan adalah benar, betul dan dikemaskini.

Officer Name: Nama Pegawai:	
Officer ID: ID Pegawai:	

Officer Signature: Tandatangan Pegawai:	
Date: Tarikh:	

**Notice / Notis**

Policy Contract Issuance Time Frame / Tempoh Masa Pengeluaran Kontrak Polisi

If you do not receive the policy document within 30 days after sending us the proposal and all supporting documents, please contact our Customer Care Centre at 1300 88 8800. / Jika anda tidak menerima dokumen polisi dalam jangka masa 30 hari selepas menghantar cadangan dan dokumen-dokumen sokongan kepada kami, sila hubungi Pusat Perkhidmatan Pelanggan kami di talian 1300 88 8800.