

## HEALTH DECLARATION – APPLICATION FOR REINSTATEMENT PENGESAHAN KESIHATAN – PERMOHONAN MENGHIDUPKAN SEMULA POLISI

### 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 form between the time of signing this form until the policy is reinstated, 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 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.

*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 di antara masa penyerahan borang sehingga polisi itu diaktifkan, diubah atau diperbaharui, Anda juga dikehendaki mendedahkan kepada AmMetLife dengan sepenuhnya dan dengan tepat/betul mengenai perubahan tersebut. Di samping menjawab soalan dalam borang 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.*

|   |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| *Policy Number /<br>Nombor Polisi   | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table> |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Name of Life Assured /<br>Nama Diri yang Diinsuranskan   |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Name of Policy Owner (if other than<br>Life Assured) / Nama Pemilik Polisi<br>(sekiranya lain daripada Diri yang<br>Diinsuranskan) |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Correspondence Address /<br>Alamat Surat-menyurat  |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Residential / Kediaman   |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Company / Syarikat   |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Residence Telephone No. /<br>No. Telefon Rumah   | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 15%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 55%;"> </td> </tr> </table>  |  | - |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | -   |  | - |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Office No. /<br>No. Telefon Pejabat   | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 15%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 55%;"> </td> </tr> </table>  |  | - |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | -   |  | - |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mobile No. /<br>No. Telefon Bimbit  | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 15%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 55%;"> </td> </tr> </table>  |  | - |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | -   |  | - |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * please include country code for overseas numbers / Sila sertakan kod negara untuk nombor di luar negara                           |   |  |   |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*I, \_\_\_\_\_ (NRIC No. \_\_\_\_\_ ) the Policy Owner of the above numbered policy, hereby apply to reinstate the abovementioned policy.

\*Saya, \_\_\_\_\_ (No. K.P. \_\_\_\_\_ ) Pemilik Polisi yang bernombor di atas, ingin memohon untuk menghidupkan semula polisi tersebut.

### \*Section A: Height and Weight Details / Seksyen A: Maklumat Ketinggian dan Berat Badan

|  | Height - cm /<br>Tinggi - cm | Weight - kg /<br>Berat - kg | Gain/Loss Weight in the past year /<br>Peningkatan/Penurunan berat setahun yang lepas |
|--|------------------------------|-----------------------------|---|
| Life Assured / Diri yang Diinsuranskan |                              |                             |   |
| Policy Owner / Pemilik Polisi          |                              |                             |   |

### \*Section B: Occupation Details / Seksyen B: Maklumat Pekerjaan

|   | Life Assured / Diri yang Diinsuranskan | Policy Owner / Pemilik Polisi |
|---|--|-------------------------------|
| What is your present occupation?<br>Apakah pekerjaan anda sekarang? |  |                               |

Please give details below / Sila berikan maklumat lanjut di bawah:

1. Since? \_\_\_\_\_ (date) / Sejak? \_\_\_\_\_ (tarikh)

2. Please describe your occupation and exact duties in details.  
Sila nyatakan pekerjaan anda dan tugasnya secara terperinci.

3. What is your total annual income? RM \_\_\_\_\_  
Berapakah pendapatan tahunan anda?

**\*SECTION C: Other Policies Details / SEKSYEN C: Perlindungan Insurans Sedia Ada**

|   |                                    |  | Life Assured / Diri yang Diinsuranskan |                          | Policy Owner / Pemilik Polisi |                          |
|---|------------------------------------|--|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
|   |                                    |  | Yes / Ya                               | No / Tidak               | Yes / Ya                      | No / Tidak               |
| 1. Are you currently insured under any other life, disability, accident and/or Medical & Health insurance? If so, please provide details below:<br><i>Adakah sekarang ini anda diinsuranskan dengan mana-mana insurans hayat, hilang upaya, kemalangan dan/ atau Perubatan &amp; Kesihatan? Sekiranya 'Ya'. Sila berikan maklumat lanjut di bawah:</i>  |                                    |  |  |                          |                               |                          |
| Name of Insurer / Nama Penginsurans   | Type of Insurance / Jenis Insurans | Insurance details/year / Maklumat Insurans/tahun |  |                          |                               |                          |
|   |                                    |  |  |                          |                               |                          |
| 2. In the past 5 years, have any of your application for and/or reinstatement of life, disability and/ or accident insurance; and/or application for, reinstatement and/or renewal of Medical & Health Insurance; ever been declined, rated, restricted or accepted at modified terms and conditions. If 'Yes', please give details below:<br><i>Dalam masa 5 tahun yang lalu, adakah sebarang permohonan untuk anda/atau penghidupan semula insurans hayat, hilang upaya dan/atau kemalangan; dan/atau permohonan untuk, penghidupan semula dan/atau pembaharuan Insurans Perubatan &amp; Kesihatan; pernah ditolak, dikadar, dihadkan atau diterima dengan perubahan terma dan syarat? Jika 'Ya', sila nyatakan butiran di bawah:</i> |                                    |  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| Name of Insurer / Nama Penginsurans   | Type of Insurance / Jenis Insurans | Insurance details/year / Maklumat Insurans/tahun |  |                          |                               |                          |
|   |                                    |  |  |                          |                               |                          |

**\*Section D: Health Details / Seksyen D: Butiran Kesihatan**

| I/We hereby expressly declare the following / Saya /kami mengesahkan perkara-perkara berikut:  | Life Assured / Diri yang Diinsuranskan |                          | Policy Owner / Pemilik Polisi |                          |
|--|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
|  | Yes / Ya                               | No / Tidak               | Yes / Ya                      | No / Tidak               |
| 1. Are you now in good state health? If 'No', give details in space provided overleaf.<br><i>Adakah anda berada dalam kesihatan yang sihat? Jika 'Tidak', sila jelaskan dengan terperinci di ruang yang disediakan dimukasurat sebelah.</i>  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| 2. Has your weight increased or decreased by more than 5kg (11lbs) in the past years?<br><i>Adakah berat badan anda berubah melebihi 5kg (11paun) dalam masa setahun yang lepas?</i>   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| 3. Have you ever been hospitalized or undergone any surgical operation or observation or treatment not of a routine nature?<br><i>Pernahkah anda dimasukkan ke hospital atau menjalani sebarang pembedahan atau di bawah pemerhatian atau rawatan yang bukan rutin secara asasnya.</i>   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| 4. Have you ever been advised to have a surgical operation which has not been performed?<br><i>Pernahkah anda dinasihatkan supaya menjalani pembedahan yang belum dilakukan?</i>   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| 5. Are you currently receiving medical treatment and/or suffering from physical impairment, congenital abnormalities/ condition(s) including hereditary disorder or poor health.<br><i>Adakah anda sekarang ini menerima rawatan perubatan dan/atau mengalami kecacatan fizikal, keadaan yang tidak normal sejak lahir termasuk penyakit keturunan atau kesihatan yang kurang memuaskan?</i> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| 6. Have you ever been treated for or have been told of having any illness, disease or injury?<br><i>Pernahkah anda menerima rawatan atau diberitahu mengenai sebarang penyakit atau kecederaan?</i>  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| 7. Have you ever used narcotics, or habit forming drugs, or been treated for alcoholism or drug habit?<br><i>Pernahkah anda menggunakan narkotik atau dadah yang menyebabkan ketagih atau pernah dirawat kerana masalah ketagihan dadah, narkotik atau alkohol?</i>  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| 8. Do you suffer from any physical defect, deformity or health impairment?<br><i>Adakah anda menghidap sebarang masalah fizikal, kecacatan atau kesihatan yang terjejas?</i>   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| 9. Are you on any form of medication at present? If 'Yes', state reason and type of medication<br><i>Adakah anda mengambil sebarang ubatan pada masa ini? Jika 'Ya', Sila nyatakan sebab dan jenis ubat</i>  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| 10. Have you ever received blood transfusion, treatment with human blood products or received a donated organ or refused as blood donor?<br><i>Pernahkah anda menerima perindahan darah, rawatan dengan menggunakan produk darah manusia, menerima organ dermaan atau tidak diterima untuk menjadi penderma darah?</i>   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |

| *Please tick (✓) where applicable / Sila tanda (✓) yang mana berkenaan:   | Life Assured / Diri yang Diinsuranskan |                          | Policy Owner / Pemilik Polisi |                          |
|---|--|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
|   | Yes / Ya                               | No / Tidak               | Yes / Ya                      | No / Tidak               |
| <p>11. Have you ever received any medical advice, counseling or treatment in connection with AIDS, AIDS Related Complex or any other AIDS related conditions; or been told you had any these, OR have you had HIV testing done (please state result), OR in the last 3 months had any of the following symptoms for more than one week continuously: fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions?</p> <p><i>Pernakkah anda menerima sebarang nasihat kesihatan, kaunseling atau rawatan yang berkaitan dengan AIDS, AIDS Related Complex atau lain-lain keadaan penyakit yang berkaitan dengan AIDS, ATAU diberitahu yang anda menghidapi salah satu dari penyakit tersebut; ATAU anda pernah menjalani ujian untuk HIV (sila nyatakan keputusan), ATAU dalam tempoh 3 bulan yang lepas anda mengalami salah satu dari tanda-tanda penyakit seperti kelesuan, penurunan berat badan, cirit-birit, pembengkakan nodus limfa atau sebarang penyakit kulit yang luar biasa selamalebih seminggu berturut-turut?</i></p>  | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| <p>12. Have you EVER had or been told you had or been treated for or suffering from:</p> <p><i>Pernakkah anda menghidap atau diberitahu menghidapi atau dirawat atau sedang menghidapi:</i></p> <p>a. Epilepsy, fainting spells, seizure, nervous or mental condition, neuritis, paralysis or any disease or abnormality of the brain or nervous system?<br/><i>Epilepsi, pitam, kancing gigi, gangguan saraf atau mental, neuritis, lumpuh atau sebarang penyakit atau ketaknormalan pada sistem saraf atau otak?</i></p> <p>b. Giddiness, loss of consciousness, breathlessness, chest pain, high blood pressure, palpitation or any disease of the heart, blood or blood vessel?<br/><i>Pening, pengsan, sesak nafas, sakit dada, tekanan darah tinggi, jantung berdebar atau sebarang penyakit jantung, darah atau pembuluh darah?</i></p> <p>c. Blood spitting, tuberculosis, asthma, habitual cough, pleurisy, or any respiratory or lung disease?<br/><i>Batuk berdarah, tuberkulosis, asma, batuk yang kerap, pleurisi atau sebarang penyakit sistem pernafasan paru-paru?</i></p> <p>d. Recurrent indigestion, ulcer, hernia, or disease of gall-bladder, pancreas, stomach or intestine?<br/><i>Ketidakhadaman yang berulang, ulser, hernia atau penyakit pundi hempedu, pankreas, perut atau usus?</i></p> <p>e. Urinary sugar/albumin/stones, venereal disease, menstrual disorder, or disease of kidney, prostate, urinary or genital system?<br/><i>Gula/albumin/batu dalam air kencing, penyakit kelamin, gangguan haid atau penyakit buah pinggang, prostat, saluran kencing atau system genital?</i></p> <p>f. Diabetes, goiter or any disease or abnormality of the thyroid or other endocrine glands?<br/><i>Diabetes, beguk atau sebarang penyakit ketaknormalan pada kelenjar tiroid atau lain-lain kelenjar endokrin?</i></p> <p>g. Disease of eyes, ears, nose (including nose bleeds) or throat?<br/><i>Penyakit mata, telinga, hidung (termasuk hidung berdarah) atau tekak?</i></p> <p>h. Cancer, tumour, cyst or growth of any kind?<br/><i>Kanser, tumor, sisa atau sebarang jenis ketumbuhan?</i></p> <p>i. Jaundice, hepatitis, any disease of the liver or been a hepatitis carrier?<br/><i>Demam kuning, hepatitis, sebarang penyakit hepar (hati) atau menjadi pembawa hepatitis</i></p> <p>j. Malaria, dysentery or any tropical disease?<br/><i>Malaria, disenteri atau lain-lain penyakit tropika?</i></p> <p>k. Rheumatic fever, arthritis, gout or any disease of the spine, prolapsed intervertebral disc, bone, joint, muscle, connective tissue, lymph nodes, spleen or disease of the skin?<br/><i>Demam reumatik, arthritis, bengkak sendi atau lain-lain penyakit pada tulang belakang, diska teranjak, tulang, sendi, otot, tisu penyambung, nodus limfa, limpa atau penyakit kulit?</i></p> | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |
| <p>13. For Female only<br/><i>Untuk Permohonan Wanita sahaja</i></p> <p>a. Have you ever had, or received any treatment for, or intend to be treated or consult a physician for:<br/><i>Pernakkah anda menghidapi, atau menerima sebarang rawatan, atau bercadang untuk menerima sebarang rawatan atau khidmat pakar perubatan untuk:</i></p> <p>i. Any disease or disorder of the breasts or female reproductive organ such as ovarian cyst, abnormal uterine or vaginal bleeding, abnormal enlargement of abdomen, fibroid, polyp, carcinoma in situ, cancer or growth?<br/><i>Sebarang penyakit atau ketaknormalan pada payu dara atau organ reproduksi wanita seperti sista ovari, pendarahan yang tak normal pada rahim atau vagina, pembesaran yang tak normal pada abdomen, fibroid, polip, karsinoma "in situ", kanser atau ketumbuhan?</i></p> <p>ii. Systemic Lupus Erythematosus or facial skin rash?<br/><i>Sistem Lupus Eritomatosus atau ruam di muka?</i></p> <p>b. Have you ever had:<br/><i>Pernakkah anda menghidapi:</i></p> <p>i. An abnormal mammogram or been advised to have an ultrasound of the breast, cone biopsy or colposcopy?<br/><i>Ketaknormalan mammogram atau dinasihatkan untuk menjalani ultrasound untuk payu dara, biopsi kon atau kolposkopi?</i></p> <p>ii. A Pap Smear, which you were advised to repeat within 6 months, or were found to be abnormal?<br/><i>Ujian Pap Smear, yang mana anda dinasihatkan untuk mengulangnya dalam tempoh 6 bulan, atau didapati dalam keadaan tak normal?</i></p>   | <input type="checkbox"/>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |

|   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| iii. Pregnancy complications during gestation and/or delivery/ies?(e.g. ectopic pregnancy, disseminated intravascular coagulation, diabetes, hypertension, still birth, etc)<br><i>Komplikasi kandungan sewaktu hamil dan/atau semasa melahirkan anak?(seperti kandungan ektopik, diseminasi intravaskular koagulasi diabetes, tekanan darah tinggi, kematian bayi semasa dilahirkan, dll)</i>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iv. Any test or intend to do any test to exclude or determine Down's Syndrome during gestation?<br><i>Sebarang ujian atau bercadang untuk menjalani ujian mengesah atau menentukan Sindrom Down sewaktu hamil?</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. i. Are you now pregnant? 'Yes', how many months? _____ months<br><i>Adakah anda hamil sekarang? 'Ya', berapa bulan? _____ bulan</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii. No of children delivered _____<br><i>Bilangan anak yang telah dilahirkan _____</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. In the PAST 5 YEARS, have you had any:<br><i>Dalam masa 5 TAHUN YANG LALU, pernahkah anda:</i>  |                          |                          |                          |                          |
| a. Diagnostic tests such as X-ray, mammogram, electrocardiogram, CT scanning, echo or ultrasonogram, blood or urine studies?<br><i>Menjalani sebarang ujian diagnostic seperti X-ray, mammogram, elektro-kardiogram, imbasan CT, echo atau ultrasonogram, kajian darah atau air kencing?</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Physical defect or deformity, disorder, infirmity, disease, sickness, illness, injury, operation, medical advice, hospital treatment or physical check-up not mentioned anywhere above?<br><i>Menghidapi kecacatan fizikal atau kecacatan, gangguan, keuzuran, kecederaan, pembedahan, menerima nasihat perubatan, rawatan hospital dan/atau pemeriksaan fizikal yang tidak disebut mana-mana di atas?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Do you consume beer, wine or other alcoholic drinks?<br><i>Adakah anda minum bir, wain atau lain-lain minuman beralkohol?</i>   |                          |                          |                          |                          |
| a. If 'Yes' please state: Type: _____ Quantity: _____ bottles or glasses or pegs per week.<br><i>Jika 'Ya', sila nyatakan: jenis: _____ Kuantiti: _____ botol atau gelas atau per seminggu.</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Do you smoke cigarettes?<br><i>Adakah anda merokok?</i>   |                          |                          |                          |                          |
| a. If 'Yes', please state: Average: _____ sticks per day for _____ years<br><i>Jika 'Ya', sila nyatakan: Purata: _____ batang rokok setiap hari selama _____ tahun</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. If 'Yes', have you smoked cigarettes in the last 12 months?<br><i>Jika 'Tidak', adakah anda pernah merokok dalam tempoh 12 bulan yang lepas?</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If any of the answers is 'Yes' to questions 2 to 14 of section D above, please give details below:

*Sekiranya jawapan adalah 'Ya' bagi mana-mana soalan 2 hingga 14 untuk seksyen D di atas, sila berikan maklumat lanjut d bawah:*

| Question No.<br>No. Soalan | Details/Date<br>Maklumat/Tarikh | Name & Address of hospital and physician<br>Nama & Alamat hospital dan doktor |
|----------------------------|---------------------------------|---|
|                            |                                 |   |
|                            |                                 |   |

**\*Section E: Family History / Seksyen E: Sejarah Keluarga**

Have any of your family members or your spouse, living or not, suffered from diabetes, cancer, heart disease, down's syndrome, kidney problems, hepatitis or any sexually transmitted disease, AIDS Related Condition or been tested HIV positive or any hereditary disorder (e.g. Huntington's disease, muscular dystrophy, polycystic kidney disease, cystic fibrosis, etc.)? If 'yes', please give details below:

*Adakah sesiapa dikalangan ahli keluarga anda atau suami/isteri anda, yang masih hidup atau telah meninggal dunia, menghidapi penyakit diabetes, kanser, sakit jantung, Sindrom Down, penyakit buah pinggang, hepatitis atau sebarang penyakit berkaitan dengan seks, AIDS atau HIV yang menunjukkan kesan positif atau sebarang penyakit keturunan (seperti penyakit Huntington, distrofi otot, penyakit buah pinggang polisistik, sistik fibrosis dll.)? Jika 'Ya', sila lengkapkan butir-butir di bawah:*

| Family Member (specify relationship)<br>Ahli Keluarga (nyatakan hubungan) | Medical Condition (s)/Diagnosis<br>Keadaan Perubatan/Diagnosis | Age at Diagnosis<br>Usia semasa Diagnosis | Age at Death (if applicable)<br>Usia ketika Kematian<br>(jika berkaitan) |
|---|--|---|--|
|   |  |   |  |
|   |  |   |  |
|   |  |   |  |

**\*Section F: Declaration By Policy Owner/Life Assured / Seksyen F: 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 policy, 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 permohonan ini:

i. I shall take reasonable care not to make a misrepresentation to AmMetLife upon answering any specific question on this form 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. / Saya akan berhati-hati untuk tidak menyalahgambarkan AmMetLife apabila menjawab sebarang soalan spesifik berkenaan borang 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.

- ii. All declarations, statements and answers in this form and in questionnaires or other documents completed in connection with this form and statements made and answers given to AmMetLife's medical examiner(s), are full, complete and true, 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 this form including all warnings and notices therein and I have fully and accurately answered all the questions in this 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 dan soalan, serta dokumen yang diisi berkaitan dengan borang ini dan jawapan serta keterangan yang diberi kepada doktor AmMetLife sewaktu pemeriksaan kesihatan adalah benar dan sepenuhnya, 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 termasuk semua peringatan dan notis di dalamnya dan Saya telah menjawab semua soalan dalam borang dan soalan lain yang ditanya oleh AmMetLife, jika ada, dengan lengkap dan tepat selepas membaca dan memahami soalan-soalan tersebut sepenuhnya.
- iii. All declarations and statement or answers in this 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 this form if the change occurred after I have submitted this form but before the policy is reinstated, varied or renewed. / 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 jika perubahan tersebut berlaku selepas saya menyerahkan borang tetapi sebelum diaktifkan semula, diubah atau diperbaharui.
- iv. 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. 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 this form and in any medical report or amendments (collectively referred to as "the information") are relevant to AmMetLife in deciding whether to accept my 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 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 borang ini dan dalam mana-mana laporan perubatan atau pindaan (secara kolektif dirujuk sebagai "maklumat") adalah berkaitan dengan AmMetLife dalam membuat keputusan sama ada hendak menerima permohonan saya atau tidak serta kadar dan terma yang akan dipakai;
- v. State that if any answers or statements in this form are not in my own handwriting, I certify that I have checked them or they have been read over to me, and certify that they are correct. / Mengaku bahawa sekiranya jawapan atau kenyataan di dalam borang ini adalah bukan tulisan saya, saya mengesahkan bahawa saya telah menyemak atau pernyataan tersebut telah dibaca kepada saya, dan mengesahkan ia adalah betul.
- vi. I have given to AmMetLife's Agent named below no other information, except those written in this form and that to the best of my knowledge and belief, AmMetLife's Agent has given no other information or knowledge, relating to any circumstances relevant to the acceptance of the risk. / Saya telah memberi keterangan kepada Ejen AmMetLife seperti yang bernama di bawah lain-lain maklumat, kecuali yang tertulis di dalam borang ini dan sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya, Ejen AmMetLife tidak memberi maklumat/keterangan yang berkaitan dengan sebarang perihal berhubung penerimaan risiko.
- vii. I am making this application independent of any statement made by AmMetLife's Agent 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 AmMetLife dan bebas dari sebarang kenyataan yang bertentangan dengan peruntukan sebagaimana yang terdapat dalam polisi AmMetLife.
- viii. In the event the premium is deemed by AmMetLife as not paid, I confirm that AmMetLife may deduct units or charges from my policy fund/s to pay for insurance, service and other charges (if any) for the coverage issued to me by AmMetLife. / Sekiranya bayaran premium dianggap oleh AmMetLife belum dibayar, saya mengesahkan bahawa AmMetLife boleh menolak unit-unit atau caj-caj daripada dana polisi saya untuk membayar caj insurans, perkhidmatan dan caj-caj lain (jika ada) bagi manfaat yang diberikan kepada saya oleh AmMetLife.

Agree / Bersetuju

Disagree / Tidak Bersetuju

**Important Notice / Notis Penting:** If you choose to disagree that we deduct units for the charges mentioned above, we may not provide full coverage when your premiums are not paid and your policy may lapse. / Sekiranya anda memilih untuk tidak membenarkan kami memotong unit-unit tersebut untuk caj-caj yang dinyatakan di atas, kami mungkin tidak dapat memberi perlindungan sepenuhnya sekiranya bayaran premium anda tertunggak dan polisi anda boleh luput.

- ix. 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 assign 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, 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 perubatan 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.

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, perlindungan semula insurans, penguasaan, 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 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 terminate this application in the event that appropriate documentation of my/our US<sup>1</sup> or non-US<sup>1</sup> 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<sup>2</sup> atau bukan AS<sup>2</sup> 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 menutup polisi tersebut.

I declare that at this time, I am not a citizen, resident or person subject to the taxation laws of any other country except for the country or jurisdiction which I have declared save and except for the country which I/we have declared hereto. / Saya memperakukan bahawa pada masa ini, saya bukanlah seorang warganegara, pemastautin atau orang yang tertakluk kepada undang-undang cukai negara-negara lain kecuali negara atau bidangkuasa yang saya telah isytiharkan melainkan dan kecuali untuk negara yang saya/kami telah isytiharkan bersama.

I hereby undertake to notify AmMetLife in writing in the event that my/our status changes in the future, for any reason, causing me to become subject to any taxation law or legislation of any other country. / Saya dengan ini bersetuju untuk memaklumkan kepada AmMetLife secara bertulis sekiranya berlaku perubahan status saya/kami di masa depan, untuk apa jua sebab, menjadikan saya tertakluk kepada mana-mana undang-undang percutakaan atau perundangan mana-mana negara lain.

I hereby grant AmMetLife my full and unconditional authority to notify any relevant foreign tax authority to which AmMetLife consider that AmMetLife or I become subject as a result of any future change to my taxation status without giving me prior notice for such actions. / Saya dengan ini memberikan kebenaran tidak bersyarat kepada AmMetLife untuk memaklumkan mana-mana pihak berkuasa cukai asing yang berkaitan, di mana menjadikan AmMetLife atau saya tertakluk kepada apa-apa perubahan pada status cukai saya pada masa depan tanpa perlu memberikan notis terlebih dahulu kepada saya untuk apa-apa tindakan yang berkaitan.

I hereby declare that I am not a United States Citizen or United States Resident for Tax Purpose. / Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa saya bukan Warganegara Amerika Syarikat atau Pemastautin di Amerika Syarikat untuk tujuan Cukai.

For United States Citizen or United States Resident/Taxpayer, please tick the box. / Untuk Warganegara Amerika Syarikat atau Pemastautin/Pembayar Cukai di Amerika Syarikat, sila tanda di kotak berkenaan.

Dated at \_\_\_\_\_ this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_  
Ditandatangani di \_\_\_\_\_ bertarikh pada \_\_\_\_\_ haribulan \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

#### 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.

With effect from 1 April 2015, premium payable will plus GST\* (at the prevailing rate of 6%) applicable for all fees and charges set out in this document. / Berkuatkuasa dari 1 April 2015, premium yang perlu dibayar akan ditambah dengan CBP\* (pada kadar semasa sebanyak 6%) yang dikenakan ke atas semua yuran dan caj yang dinyatakan dalam dokumen ini.

\*GST - Goods and Services Tax / \*CBP - Cukai Barang dan Perkhidmatan

\_\_\_\_\_  
Signature of Life Assured  
(and/or on behalf of the minor) /  
Tandatangan Diri Yang Diinsuranskan  
(dan/atau bagi pihak yang masih bawah umur)

\_\_\_\_\_  
Signature of Policy Owner  
(if other than Life Assured) /  
Tandatangan Pemilik Polisi  
(jika lain daripada Diri yang Diinsuranskan)

<sup>1</sup>United States of America

<sup>2</sup> Amerika Syarikat

**Declaration by Agent/Officer of AmMetLife**  
**Pengisytiharan Ejen/Pegawai AmMetLife**

I hereby state that I have personally asked all the questions in this Health Declaration, have already explained the meaning of the questions and all the information contained in this Health Declaration are the only information given to me by the Life Assured and/or Policy Owner/Guardian/Custodian of the Life Assured who is a minor.

*Dengan ini saya menyatakan bahawa saya sendiri telah menanyakan semua soalan dalam borang permohonan ini, telah menerangkan dengan jelas maksud soalan-soalan dan semua maklumat-maklumat yang terkandung dalam borang Pengesahan Kesihatan ini adalah semua maklumat yang telah diberi kepada saya oleh Diri yang Diinsuranskan dan/atau Pemilik Polisi/Penjaga/Pemegang Amanah ke atas Diri Yang Diinsuranskan yang masih di bawah umur.*

\_\_\_\_\_  
Signature of Agent/Officer of AmMetLife  
*Tandatangan Ejen/Pegawai AmMetLife*

\_\_\_\_\_  
Name / Nama