

HEALTH DECLARATION CERTIFICATE

IMPORTANT NOTE: PURSUANT TO SECTION 149(4) OF THE INSURANCE ACT 1996 YOU ARE TO DISCLOSE IN THIS APPLICATION FORM, FULLY AND FAITHFULLY ALL THE FACTS WHICH YOU KNOW OR OUGHT TO KNOW, OTHERWISE THE POLICY ISSUED UNDER THIS APPLICATION MAY BE NULL AND VOID.

Policy No.:	Insured:
Application For:	<input type="checkbox"/> Placing of New Application <input type="checkbox"/> Reinstatement
Amount of payment made with this application RM _____	Cash / Cheque No.: _____

For Juvenile policy, 'I' below refers to the Insured and the Policy Owner / Payor.

I hereby declare that since the date of my application of the above numbered policy:

- (1) the statements given in the Application Form and Medical Examiner's Report, if any, are still true;
- (2) I had no accident, illness or disorder of any kind whatsoever for which I have consulted or been examined by any physician;
- (3) there has been no change in my occupation or family record;
- (4) I have not applied for any new life insurance policy, request for change or reinstatement of a policy which was declined, postponed or rated up;
- (5) I have not received or expect to receive any medical advice, counselling or treatment in connection with AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) or AIDS related condition or been told that I have a positive blood test for antibodies to the AIDS virus;
- (6) I have not at anytime in the past three months, had any of the following symptoms for more than one week continuously, persistently and unexplained: fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions;
- (7) I have not been tested or received any medical advice or treatment in relation to any sexually transmitted disease; and
- (8) I have not resided for more than one month in any other country than my country of residence.

I hereby also agree that:

- (1) the issuance or reinstatement of the policy is conditional on the truth of the above statements;
- (2) if the said policy is issued or reinstated, the terms and conditions of the Incontestability and Suicide provisions shall be effective from the Issue Date or Reinstatement Date, whichever is the later;
- (3) for reinstatement purposes, the policy shall not be reinstated by reason of the payment of premium-in-arrears until such request has been received and approved by the Company at the Head Office. However, should the Company decline to revive the policy, the premium-in-arrears paid will be returned without interest; and
- (4) the Company reserves the right to require further evidence of insurability.

Information to be disclosed to the Company for the assessment of this application

For female applicant Are you now pregnant? Yes No If Yes, state number of months _____.

Note: If you are pregnant more than 7 months at the time of this application, kindly furnish us a 'Statement To The Medical Examiner' which has to be completed by qualified Medical Examiner duly appointed by the Company at your own expense.

Signed at _____ on

 /

 /

 .
Day Month Year

Signature of Insured _____ Address : _____ _____ Signature of Policy Owner / Payor (if insured is below age 18 years old) _____ Address : _____ _____	Signature of Witness _____ Name : _____ I/C No. : _____ Address : _____ _____ Signature of Witness _____ Name : _____ I/C No. : _____ Address : _____ _____
--	--

For Agent's Use Only

Name of reinstating agent _____

I/C No.: _____

AM/UM Short Name: _____

Signature of reinstating agent _____

Note: 1) Signature of Insured / Policy Owner must be the same as our records and must be duly witnessed by a disinterested party.
 2) In the event of conflict between the English version and those translated into Bahasa Melayu, the English version shall prevail.

SIJIL PENGAKUAN KESIHATAN

NOTA PENTING: MENURUT SEKSYEN 149(4) AKTA INSURANS 1996, ANDA HENDAKLAH MENDEDAHKAN SEGALA FAKTA YANG ANDA TAHU ATAU PATUT TAHU DI DALAM BORANG PERMOHONAN INI DENGAN LENGKAP DAN JUJUR, JIKA TIDAK, POLISI YANG DIKELUARKAN UNTUK PERMOHONAN INI MUNGKIN BATAL DAN TIDAK SAH.

No. Polisi:	Insured:
Permohonan untuk:	<input type="checkbox"/> Pembaharuan Pengakuan Permohonan <input type="checkbox"/> Penguatkuasaan Semula
Jumlah bayaran yang dibuat untuk permohonan ini RM _____ Tunai / No. cek: _____	

Bagi polisi Juvenil, 'saya' di bawah merujuk kepada Insured dan Pemunya Polisi / Pembayar.

Saya dengan ini mengaku bahawa sejak tarikh permohonan saya untuk polisi yang bernombor di atas:

- (1) kenyataan-kenyataan yang diberikan dalam Borang Permohonan dan Laporan Pemeriksa Perubatan, sekiranya ada, adalah masih benar;
- (2) saya tidak mengalami sebarang kemalangan, penyakit atau apa-apa masalah di mana saya telah menerima nasihat atau diperiksa oleh mana-mana doktor;
- (3) tidak ada perubahan dalam pekerjaan atau rekod keluarga saya;
- (4) saya tidak membuat permohonan untuk sebarang polisi insurans hayat yang baru, perubahan kepada atau penguatkuasa semula di mana ianya telah ditolak, ditangguh atau dinaikkan kadar;
- (5) saya tidak menerima atau dijangka akan menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan yang berkaitan dengan AIDS (Sindrom Kurang Daya Tahan) atau keadaan yang berkaitan dengan AIDS atau diberitahu bahawa ujian darah bagi antibodi virus AIDS saya adalah positif;
- (6) di dalam jangka masa tiga bulan terakhir ini saya tidak pernah mempunyai simptom berikut lebih daripada satu minggu secara berterusan, berpanjangan dan tanpa sebab yang jelas: keletihan, kehilangan berat badan, cirit-birit, pembesaran nodus limfa atau lesi kulit yang luar biasa;
- (7) saya tidak pernah diuji atau menerima sebarang nasihat perubatan atau rawatan yang berkaitan dengan penyakit yang dijangkiti melalui hubungan seks; dan
- (8) saya tidak pernah menetap lebih dari satu bulan di mana-mana negara selain daripada negara tempat tinggal saya.

Saya dengan ini turut bersetuju bahawa:

- (1) pengeluaran atau penguatkuasa semula polisi bergantung kepada kebenaran kenyataan-kenyataan di atas;
- (2) jika polisi tersebut dikeluarkan atau dikuatkuasakan semula, terma-terma dan syarat-syarat Peruntukan Ketidaktipuan dan Bunuh Diri akan dikuatkuasa dari tarikh dikeluarkan atau penguatkuasaan semula, yang mana terkemudian;
- (3) bagi tujuan menguatkuasakan semula, polisi tidak akan dikuatkuasakan dengan pembayaran premium yang tertunggak kecuali permintaan sedemikian telah diterima dan diluluskan oleh Syarikat di Ibu Pejabat. Walau bagaimanapun, sekiranya Syarikat enggan menguatkuasakan semula polisi, tunggakan premium yang telah dibayar akan dikembalikan tanpa faedah; dan
- (4) Syarikat mempunyai hak untuk meminta bukti insurabiliti yang selanjutnya.

Maklumat yang akan didedahkan kepada Syarikat untuk penilaian permohonan ini

Untuk Pemohon wanita sahaja Adakah anda sedang hamil? Ya Tidak Jika Ya, nyatakan berapa bulan _____.

Nota: Jika anda hamil lebih daripada 7 bulan pada masa permohonan ini, sila lampirkan "Kenyataan Kepada Pemeriksa Perubatan" yang mesti dilengkapi oleh Pemeriksa Perubatan yang berkelayakan dan yang dilantik oleh Syarikat atas perbelanjaan anda sendiri.

Ditandatangani di _____ pada

 Hari Bulan Tahun

Tandatangan Insured

Tandatangan Saksi

Alamat : _____

Nama : _____

No. K/P : _____

Alamat : _____

Tandatangan Pemunya Polisi / Pembayar
(jika Insured berumur bawah 18 tahun.)

Tandatangan Saksi

Alamat : _____

Nama : _____

No. K/P : _____

Alamat : _____

Untuk Kegunaan Ejen Sahaja

Nama ejen yang menguatkuasakan semula

No. K/P: _____

Nama Singkatan AM/UM: _____

Tandatangan Ejen yang menguatkuasakan semula

Nota: 1) Tandatangan Insured / Pemunya Polisi mestilah sama seperti di dalam rekod kami dan mestilah disaksikan oleh pihak yang tidak berkaitan.
2) Jika terdapat sebarang konflik di antara versi Bahasa Inggeris dan Bahasa Melayu, versi Bahasa Inggeris harus mengatasinya.

NO. BORANG: LF4063