

LIFE PROPOSED / INSURED : \_\_\_\_\_

POLICY NUMBER : \_\_\_\_\_ I/C NO. : \_\_\_\_\_

Please tick (✓) any box where applicable.

**AMENDMENT TO APPLICATION**

I hereby request for the following amendments to be made to the application dated \_\_\_\_\_ with the understanding and agreement that this amendment to the application shall form part of the said application and the policy contract issued hereunder. I further certify that there has been no change in my condition of health, and that I have not received any medical attention, consultation or examination whatsoever, since the date of completion of the said application; and that all my answers as stated in the said application, subject to the below amendments are complete and true.

**REQUEST FOR CHANGE**

I hereby request for the following changes to be made to the above policy with the understanding and agreement that this request for change shall form part of the Policy Contract.

DETAILS OF AMENDMENT / CHANGE REQUESTED:

Signed at \_\_\_\_\_ on          
Day Month Year

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness  
Name : \_\_\_\_\_  
I/C No. : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Life Proposed / Insured / Policy Owner  
Name : \_\_\_\_\_  
I/C No. : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness  
Name : \_\_\_\_\_  
I/C No. : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Policy Owner / Assignee / Trustee / Nominee  
Name : \_\_\_\_\_  
I/C No. : \_\_\_\_\_

PENCADANG HAYAT / INSURED : \_\_\_\_\_

NO. POLISI : \_\_\_\_\_ NO. K/P. : \_\_\_\_\_

Sila tanda (✓) di kotak yang berkenaan.

**PEMINDAAN KEPADA PERMOHONAN**

Saya dengan ini memohon supaya pemindaan-pemindaan berikut dibuat ke atas permohonan insuran saya yang bertarikh \_\_\_\_\_ dengan pemahaman dan persetujuan bahawa pemindaan kepada permohonan ini akan menjadi sebahagian daripada permohonan asal dan kontrak polisi yang akan dihasilkan di bawah permohonan tersebut. Saya juga mengesahkan bahawa tidak terdapat sebarang perubahan terhadap keadaan kesihatan saya dan saya tidak pernah menerima sebarang nasihat atau pemeriksaan perubatan semenjak tarikh penyempurnaan permohonan yang dinyatakan; dan semua jawapan yang dicatatkan di dalam permohonan yang dinyatakan, tertakluk kepada pemindaan-pemindaan di bawah adalah lengkap dan benar.

**PERMOHONAN UNTUK MEMBUAT PERUBAHAN**

Saya, dengan ini memohon perubahan yang berikut dilakukan terhadap Polisi yang di atas dengan pemahaman dan persetujuan bahawa Permohonan Untuk Membuat Perubahan ini akan menjadi sebahagian daripada kontrak polisi tersebut:

BUTIRAN PERMOHONAN UNTUK PEMINDAAN / PERUBAHAN:

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ pada          
Hari Bulan Tahun

Tandatangan Saksi  
Nama : \_\_\_\_\_  
No. K/P: \_\_\_\_\_

Tandatangan Pencadang Hayat / Insured / Pemunya Polisi  
Nama : \_\_\_\_\_  
No. K/P: \_\_\_\_\_

Tandatangan Saksi  
Nama : \_\_\_\_\_  
No. K/P: \_\_\_\_\_

Tandatangan Pemunya Polisi / Penerima Serahhakan / Pemegang Amanah / Penama  
Nama : \_\_\_\_\_  
No. K/P: \_\_\_\_\_