



**PROPOSAL FORM BORANG CADANGAN
NUTP HEALTH CARE KAD PERUBATAN NUTP**



IMPORTANT NOTICE: If you do not fully and faithfully give the facts as you know them or ought to know them, the policy may be invalidated. If whether certain facts are material, these facts should be disclosed. The entire pre-printed text of this proposal form is the standard type in use for purpose of applying for insurance with the Company. Any alteration to or deletion of any part of the text will require the applicant's specific instruction in writing separately addressed to the Company for individual consideration and concurrence. You should request for and study the brochures, sales illustration and policy in respect of the policy product paying particular attention to the benefits which are guaranteed and benefits which are not guaranteed, and your duties as a assured member under the policy contract. Documentary proof of age is required prior to the payment of benefits under the policy. If the assured member's age is incorrectly stated, the insurer may adjust the policy at its sole and absolute discretion, subject always to the provisions of the Insurance Act 1996. In the event of any dispute with regards to the definition and/or interpretation of the terms and/or conditions of this proposal/supplementary form and the policy (if subsequently issued), the English Language version of the same shall at all times prevail. In group Medical Health Insurance policy effected by policyholder who has no insurable interest on your life, you must receive an individual certificate of insurance as proof of insurance and you are advised to follow-up with group policyholder or the Company to confirm coverage under the group policy if a certificate of insurance is not received within a reasonable period.

NOTIS PENTING: Anda dikehendaki menyatakan sepenuhnya dan sebenar-benarnya di dalam borang ini fakta-fakta yang anda tahu atau sepatutnya tahu. Jika tidak, polisi yang dikeluarkan akan dianggap tidak sah. Anda juga perlu mengemukakan segala fakta yang anda sangsi samada fakta-fakta tersebut adalah penting untuk dikemukakan. Keseluruhan teks pra-percetakan pada borang cadangan ini adalah mengikut piawai yang digunakan untuk tujuan permohonan insurans dengan pihak Syarikat. Sebarang pindaan atau pembatalan pada mana-mana bahagian teks tersebut memerlukan arahan khas berasingan secara bertulis daripada pemohon kepada pihak Syarikat untuk pertimbangan dan persetujuan. Anda boleh meminta untuk melihat satu salinan risalah, ilustrasi jualan berkaitan dengan produk polisi hayat. Sila beri perhatian terhadap manfaat yang dijamin dan tidak dijamin dan juga kewajipan anda sebagai pemilik polisi kontrak ini. Bukti umur adalah diperlukan sebelum membayar manfaat di bawah polisi ini. Jika umur Hayat yang Diasuranskan salah dinyatakan, penginsurans boleh mengubah bergantung kepada budi bicara Syarikat mengikut peruntukan di dalam Akta Insurans 1996. Sekiranya wujud sebarang percanggahan dalam penggunaan definisi dan/atau terma-terma dan/atau syarat-syarat di dalam borang cadangan/tambahan ini dan polisi (jika diterbitkan), versi Bahasa Inggeris akan digunakan. Bagi polisi Insurans Perubatan Berkelompok yang dibuat oleh pemegang polisi yang tidak mempunyai kepentingan Insurans di atas hayat anda, anda mestilah menerima sijil insurans secara individu sebagai bukti insurans dan anda adalah dinasihatkan untuk membuat susulan dengan pemegang polisi berkelompok atau pihak Syarikat untuk mengesahkan perlindungan di bawah polisi berkelompok sekiranya sijil insurans tidak diterima di dalam tempoh yang munasabah.

SECTION I. PARTICULARS OF APPLICANT (Please use block letter) BUTIR-BUTIR PEMOHON (Silakan gunakan huruf besar) Group Scheme No. No Skim Berkelompok GS3271

Applicant's Name Nama Pemohon												Mr	Mdm	Miss		
New NRIC No. No KP Baru		Old NRIC No./Birth Cert No KP Lama/Sijil Kelahiran										Sex	Male	Female		
Home Address Alamat Surat Menyurat		School Name & Address Nama & Alamat Sekolah										Jantina	Lelaki	Perempuan		
Postcode Poskod		Postcode Poskod										State	Negeri			
Tel (House Rumah)		Tel (Mobile Bimbit)										Tel (School Sekolah)				
KPPK Branch Cawangan KPPK		Date of Birth Tarikh Lahir										Height (cm) Tinggi (sm)	Weight (kg) Berat (kg)			
Race Bangsa		Marital Status Status Perkahwinan										Married	Single	Divorced	Widow	Widower

SECTION II. PARTICULARS OF SPOUSE AND CHILD NAMA SUAMI/ISTERI DAN ANAK

Name of dependant (Spouse/Children) are to be insured included in the coverage of the policy. Dependant children refer to only unmarried children as least 15 days old and under 19 years of age/below 23 if a full-time student, and not gainfully employed). Please enclose separate attachment for child's details if you have more than 3 children to be insured. Butir-butir ahli keluarga (anak/suami/isteri) untuk dimasukkan ke dalam polisi yang di bawah 23 tahun sekiranya pelajar sepenuh masa, dan tidak bekerja). Sila lampirkan butiran anak-anak secara berasingan jika anda mempunyai lebih daripada 3 orang anak untuk dimasukkan dalam polisi.

Name of Spouse Nama Suami/Isteri		Name of Child Nama Anak	
IC/BC No. No KP/SL		IC/BC No. No KP/SL	
Date of Birth Tarikh Lahir		Date of Birth Tarikh Lahir	
Height Tinggi		Height Tinggi	
Weight Berat		Weight Berat	
Sex Jantina		Sex Jantina	
Name of Child Nama Anak		Name of Child Nama Anak	
IC/BC No. No KP/SL		IC/BC No. No KP/SL	
Date of Birth Tarikh Lahir		Date of Birth Tarikh Lahir	
Height Tinggi		Height Tinggi	
Weight Berat		Weight Berat	
Sex Jantina		Sex Jantina	

SECTION III. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP

1. Have you ever smoked in the last 12 months? If "YES", cigarettes/cigar smoked per day	Life to be Assured	Cigarettes	Cigars	Spouse to be Assured	Cigarettes	Cigars	YES	NO	
2. Do you consume alcoholic drinks? If "YES", state average weekly consumption:-	Life to be Assured	Beer/Stout	Wine	glasses	Whiskey/brandy/others	pegs	social		
3. Have you or your dependants ever suffered from, or been told that you or your dependants are suffering or have suffered from, or received any treatment for any illness, disease, disorder or injury of the following nature:-	a. Brain or nervous system e.g. convulsion paralysis, insanity or other psychiatric illnesses?	b. Lungs e.g. frequent coughs, asthma, spitting of blood, pleurisy, tuberculosis, bronchitis or pneumonia?	c. Cardiovascular system e.g. rheumatic fever, heart attack, stroke, coronary artery disease, palpitations, chest pains, breathlessness, hypotension or hypertension?	d. Digestive system e.g. gastric ulcers, gall bladder or liver disease, Hepatitis B, fulminant hepatitis, colics?	e. Urinary system e.g. kidney stones, inflammation of the kidneys, renal or bladder disorder, diabetes or abnormal urine such as bloody, sugary or turbid urine?	f. Cancer, cyst, growth or tumour of any kind?	g. Complaint of the eyes, ears, throat or nose?	h. Venereal disease?	

GID-FNUTP-V00-062006

i. Muscles, glands, bones, joints or limbs including arthritis, gout, backache or spine disorder? <i>Otot, kelenjar, tulang, sendi atau anggota termasuk arthritis, gout, sakit belakang atau gangguan spina?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Alcohol abuse or drug abuse? <i>Penyalahgunaan alkohol atau dadah?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Accident or injury? <i>Kemalangan atau kecederaan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have any of you or your spouse's parents, brothers or sisters suffered from the above disabilities? <i>Pernahkah ibubapa, adik-beradik anda atau ibubapa, adik-beradik suami/isteri anda mengidap sebarang penyakit atau ketidakupayaan yang dinyatakan seperti di atas? If "Yes", please give details. Jika "Ya" sila nyatakan butiran lengkap.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have you or your dependants ever been tested for or received medical advice, counseling or treatment in connection with AIDS or infection with any Human Immunodeficiency Virus (HIV)? <i>Pernahkah anda atau ahli keluarga anda diuji atau menerima nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan AI DS atau dijangkiti mana-mana Virus Kurang Daya Tahan Penyakit (HIV)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you or any of your dependants ever: <i>Pernahkah anda atau ahli keluarga anda pernah:</i>		
a. been hospitalised or had undergone any surgical operation or observation or treatment not of a routine nature? <i>Dimasukkan ke hospital atau menjalani sebarang pembedahan atau pemerhatian atau rawatan yang tidak biasa?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. been advised to have a surgical operation that was not performed? <i>If "Yes" in either case, please give details in item 9. dinasihatkan untuk menjalani pembedahan yang belum dijalankan? Jika "Ya" untuk kedua-dua soalan, sila nyatakan butiran di item 9.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. FOR FEMALE APPLICANT ONLY <i>UNTUK PEMOHON WANITA SAHAJA</i>		
a. Are you now pregnant? <i>Adakah anda hamil sekarang? If "Yes", how many months? Jika "Ya", berapa bulan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Have you ever had any lump in your breast(s) or had undergone any breast mammogram or any form of screening test/blood test for cancer risk particularly to your breast and/or reproductive system? <i>If "Yes", please submit a copy of the laboratory or medical report. Pernahkah anda mengalami gumpalan pada buah dada atau pernah menjalani sebarang mammogram buah dada atau sebarang ujian pemeriksaan/ujian darah untuk risiko kanser terutamanya buah dada dan/atau sistem reproduktif? Jika "Ya" sila keipikan salinan laporan makmal.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are there any other circumstances not already disclosed elsewhere in this proposal form that would render an assurance on your life or your dependants' life more than usually hazardous? <i>If you are in doubt on whether certain circumstances are more than usually hazardous, these circumstances should be disclosed. Adakah terdapat mana-mana keadaan lain di mana tidak diberitahu di dalam borang cadangan ini yang boleh menyebabkan asurans ke atas diri anda melebihi bahaya yang luar biasa? Jika anda sangsi samada sesuatu keadaan itu lebih bahaya dari biasa, keadaan tersebut hendaklah dikemukakan.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. State full particulars of any affirmative answers from Questions 3 to 7. <i>Sila beri butiran lengkap kepada jawapan "Ya" dari Soalan 3 hingga 7.</i>		

Question No. <i>No Soalan</i>	Name of Person <i>Nama Individu</i>	Illness, Disease or Injury (include dates) <i>Penyakit atau kecederaan (termasuk tarikh)</i>	For How Long <i>Berapa Lama</i>	Result/Details of Treatment <i>Keputusan/ Maklumat terperinci Rawatan</i>	Date of Recovery <i>Tarikh Pulih</i>	Name and Address of Doctors and/or Hospital <i>Nama dan alamat Doktor dan/atau Hospital</i>

10. Do you or any of your dependants have had or currently receiving medical treatment and/or suffering from physical impairment, congenital abnormality or poor health? <i>If "Yes", please give details. Adakah anda atau ahli keluarga anda pernah atau sedang menerima sebarang rawatan perubatan dan/atau sedang menghidapi kecacatan fizikal atau kelemahan, kecacatan sejak lahir atau kurang kesihatan? Jika "Ya" sila nyatakan butiran lengkap.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Has any application or renewal made by you or any of your dependants for Life, Accident and Medical/Health Insurance been declined, postponed, withdrawn, restricted or accepted at other than normal terms? <i>If "Yes", please give details. Pernahkah sebarang permohonan atau penguatkuasaan semula atau permohonan untuk memperbaharui anda atau ahli keluarga anda untuk insurans yang pernah ditolak, ditangguhkan, dikenakan kadar, dihadkan atau diubah, atau dikenakan terma tambahan? Jika "Ya", sila nyatakan butiran penuh.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Do you or any of your dependants currently insured under any other medical or health insurance? <i>If "Yes", please give details. Adakah anda atau ahli keluarga anda sedang diasuranskan di bawah sebarang insurans perubatan atau kesihatan? Jika "Ya" sila nyatakan butiran lengkap.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION IV : DECLARATION PENGAKUAN

I hereby declare that all the foregoing statements and answers in this proposal form together with any other documents or questionnaires submitted in connection with this proposal form are complete, accurate and true and that I have not withheld any relevant information, and I agree that this declaration with the answer given by me shall be the basis of my cover under the Policy and of the interim assurance should any be granted. *Saya mengaku bahawa semua kenyataan dan jawapan di dalam borang cadangan bersama-sama dokumen yang lain atau borang soal selidik yang dihantar berkaitan dengan borang cadangan ini adalah lengkap, tepat dan benar dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat yang berkaitan, dan saya bersetuju dengan pengakuan ini berserta jawapan yang telah diberi oleh saya akan menjadi asas kepada perlindungan ke atas saya di bawah polisi dan juga jaminan sementara sekiranya ia ditawarkan.*

I authorise any physician, hospital, clinic, insurance company, organisation or institution, that has any record or knowledge of me or my health, to disclose to the Company or its representative any information about me, my health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment, and I authorise the Company and its representative to give and release any such information to any party it deems appropriate. *A photocopy of this authorisation shall be as effective and valid as the original. Saya membenarkan mana-mana pakar perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans, organisasi atau institusi yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang diri atau kesihatan saya untuk menyatakan sebarang maklumat mengenai kesihatan dan sejarah perubatan saya dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan atau penyakit. Salinan pemberian kuasa ini adalah sama dan diperakui sah seperti dokumen asalnya.*

I have given to the Company or its representative no other information in connection with this proposal form, except that written on or attached to this proposal form, and I hereby confirm that save for the relevant sales brochures, sales illustrations and documents duly authorised by the Company, your Company or its representative has not given me any document or information to induce me to enter into a contract of assurance with your Company. *Saya telah memberi kepada Syarikat atau wakilnya tiada lain maklumat berkenaan dengan borang cadangan, melainkan yang bertulis atau yang dilampirkan kepada borang cadangan ini, dan saya mengesahkan bahawa risalah, dan dokumen berkenaan yang dikirakan oleh Syarikat, Syarikat atau wakilnya tidak memberi sebarang maklumat atau maklumat untuk mempengaruhi saya untuk masuk dalam kontrak insurans dengan Syarikat anda.*

The company must be informed of any material change in the state of my health or in the circumstances affecting the risk between the date of the proposal and the date the Company is on risk, the Company will then have the right to withdraw the acceptance or modify the terms of acceptance. *Pihak syarikat mestilah dimaklumkan mengenai sebarang perubahan perubatan berhubung kesihatan saya atau dalam keadaan yang mengakibatkan risiko antara tarikh cadangan dan tarikh syarikat adalah dalam risiko, pihak seterusnya akan berhak menolak penerimaan atau perubahan syarat-syarat penerimaan.*

I further acknowledge that all the terms have been fully explained to me and I fully understand all the terms and the answers provided are the actual information disclosed by me to the person filling the form on my behalf. *Saya selanjutnya mengakui bahawa semua istilah telah dijelaskan dengan sepenuhnya kepada saya dan saya memahami sepenuhnya semua istilah dan jawapan yang diberi adalah maklumat yang benar didedahkan oleh saya kepada orang yang mengemaskini borang ini bagi pihak saya.*

FURTHER DECLARATION: I hereby confirm that I have read and fully understood the Information Sheet(s)/Sales Brochure given to me by your agent; my particular attention has been drawn to the essential information on the major MHI features depicted in the Information Sheet(s) therein which your agent has satisfactorily explained to me. *PERISYTHARAN TAMBAHAN : Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah membaca dan memahami sepenuhnya Risalah Maklumat yang diberikan kepada saya oleh ejen anda; saya telah dinasihatkan untuk memberi perhatian kepada maklumat penting berkenaan ciri-ciri utama Insurans Perubatan & Kesihatan yang dinyatakan di dalam Risalah Maklumat yang mana ejen anda telah memberikan penerangan yang memuaskan.*

Signature of Applicant

Tandatangan Ahli

Date Tarikh

Signature of Spouse

Tandatangan Suami / Isteri

Date Tarikh

Signature of Witness

Tandatangan Saksi

Date Tarikh

Mode of Payment *Cara Pembayaran (Sila Pilih Satu - A atau B)*

A **Pemotongan Gaji.** *Pemberian kuasa untuk Pemotongan Gaji bagi caruman premium kepada Biro Perkhidmatan Angkasa*
Per: Surat Pemberian Kuasa untuk Pemotongan Gaji sebagai caruman premium bulanan kepada Great Eastern Life Assurance (M) Berhad(93745-A) di bawah skim NUTP Health Care
 Saya _____ No KP _____ dengan ini membenarkan RM29 perseorangan atau RM62 keluarga dipotong daripada gaji bulanan saya sebagai caruman premium bulanan untuk skim di atas sehingga diberitahu kelak kepada NUTP/KPPK.

B **Bayaran Tunai** *(sehingga 31 Dis) dengan cek atau wang pos*
Bayaran mesti atas nama Great Eastern Life Assurance (M) Berhad. Jumlah premium berbayar dikira bermula dari bulan ini sehingga 31 Dis tahun ini. Pembaharuan mesti dijelaskan sebelum 01 Jan tahun yang berikutnya. Sila hantar cek atau wang pos
 ke Tony Ng & Associates: 39 Lebuh Bishop 10200 Penang. Tarikh _____ Tandatangan Ahli _____

Intermediary's HR's / Officer's Declaration (For Office Use Only) *Pengakuan Pegawai Pengantara / Sumber Manusia (Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja)*

I hereby declare that I have sighted the original NRIC / Passport of the Assured Member and verified the identity(ies) of Assured Member through the use of such NRIC/Passport. *Saya mengesahkan identity Hayat yang diasuranskan setelah melihat Kad Pengenalan/Passport Antarabangsa.*

Signature of Intermediary / HR / Officer *Tandatangan Pegawai Pengantara / Sumber Manusia*

Name Nama _____ NRIC No No KP _____

Date Tarikh _____

Pertanyaan untuk manfaat skim

Tony Ng & Associates (Group Sales Manager)

Great Eastern Life Assurance (M) Berhad, 39, (1st Floor) Lebuh Bishop, 10200 P. Pinang, Tel: 04-262 8998 (4 Hunting Lines)

Fax: 04-263 1321 Tel Bimbit: 016-415 8889 atau 019-447 4448, Website: www.tonyng.com.my Email: tonyng@tm.net.my

Claim Enquiries / Tuntutan

Great Eastern Life

Ms Wai Cheng Tel 03-4813 3903

"Sekiranya wujud sebarang percanggahan atau pertikaian dalam penggunaan istilah dan/atau terma-terma di dalam borang ini rujuklah akan dibuat mengikut terma di dalam Bahasa Inggeris."

1032285001