

Live'n' Pay
 Dana Restu

**PROPOSAL FORM FOR KPPK, STU and SGTU
 GROUP MULTIPLE BENEFIT INSURANCE SCHEME
 SKIM INSURANS BERKELOMPOK PELBAGAI MANFAAT**



PROPOSAL FORM FOR APPLICANT (not more than 55 years next birthday) BORANG GADANGAN UNTUK PEMOHON (tidak melebihi 55 tahun akan datang)

WARNING/IMPORTANT NOTICE: Pursuant to Section 149(4) of the Insurance Act 1996, you are to disclose in this proposal form, fully and faithfully all the facts, which you know or ought to know. Otherwise the policy issued hereunder may be void.
AMARAN/NOTIS PENTING: Mengikut seksyen 149(4) Akta Insurans 1996 anda dikehendaki menyatakan dengan sepenuhnya dan secara jujur semua kenyataan yang anda tahu atau sepatutnya tahu di dalam borang ini, jika tidak, polisi yang dikeluarkan di bawah skema ini mungkin tidak sah.

Child - an unmarried child who is not working and aged between 15 days and 19 years, or 20 years and below if full time student.
Kanak-kanak - Kanak-kanak yang belum berkahwin dan belum bekerja dan berusia sekurang-kurangnya 15 hari ke 19 tahun ke bawah atau 20 tahun ke bawah sekiranya merupakan pelajar sepenuh masa di institusi pendidikan tinggi.

For Agent Use Only		Branch Code Kod Cawangan	Employer Code Kod Majikan
Policyholder Pemegang Polisi	Contract Type Jenis Kontrak	GS NO.	Agent's Name (Nama Ejen) Agent's A/C No. (No. Akaun Ejen)
Group Scheme No. No. Skema Berkelompok	Contract No. No. Kontrak	Client No. No. Pelanggan	Proposal Reg. By: _____ Date: _____ Underwriting Decision Updated By: _____ Date: _____ Consent Updated By: _____ Date: _____
<input type="checkbox"/> Special Promotion Access address <input type="checkbox"/> Underwriting Pengendalian <input type="checkbox"/> Upgrade proposal/Pemohonan Tambahan			

*** PARTICULARS OF MEMBER (PAYER) (Please use block letter) * BUTIR-BUTIR AHLI (PEMBAYAR) (Silakan gunakan huruf besar)**

New NRIC No. No. KP Baru	Old NRIC No. No. KP Lama
Name of Member Nama Ahli	
Name & Address of Member's Employer Nama & Alamat Majikan Ahli	
Postcode Poskod	Town Bandar

*** PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED (Please use block letter) * BUTIR-BUTIR HAYAT YANG DIASURANSKAN (Silakan gunakan huruf besar)**

Status of Life To Be Assured Status Hayat Yang Diassuranskan	<input type="checkbox"/> Member Ahli	<input type="checkbox"/> Spouse Pasangan	<input type="checkbox"/> Child Anak-Anak	> Child No. out of siblings > Anak No. di antara beradik
New NRIC No. No. KP Baru	Old NRIC No./Birth Cert No. KP Lama/Sijil Kelahiran	Name of Life To Be Assured Nama Hayat Yang Diassuranskan		
Salutation Gelaran	Date of Birth Tarikh Lahir	Sex Jantina	Nationality Warganegara	
Marital Status Status Perkahwinan	Occupation Pekerjaan	Height Tinggi	Weight Berat	Race Bangsa
Exact Nature of Work Jenis Pekerjaan Sebenar	Tel (House) Tel (Rumah)	Tel (Office) Tel (Pejabat)	Residence Address Alamat Rumah	
Postcode Poskod	Town Bandar			

FURTHER PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED BUTIR-BUTIR LANJUT ORANG YANG DIASURANSKAN

* Delete whichever is not applicable. Potong yang mana tidak berkenaan.		Life to be Assured Hayat yang Diassuranskan
1.	Are you currently receiving any medical treatment and/or suffering from physical impairment or infirmity, congenital abnormality or poor health? Adakah anda menerima rawatan sebarang rawatan perubatan dan/atau mengalami kecacatan fizikal atau kecacatan fizikal, abnormaliti kongenital atau tahap kesihatan yang rendah.	Yes or No Ya atau Tidak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.	Have you ever suffered or sustained any illness or injury, or been advised to undergo any diagnostic tests such as X-ray, MRI, mammography, electrocardiogram, CT scanning, echo or ultrasonogram, biopsy, blood or urine studies or are you currently under observation or taking any medicine or drugs or receiving any treatment whether prescribed by a doctor or not or are you aware of any symptoms or signs that may indicate a disorder or been hospitalized during the past five years, or have had or been advised to have any surgical operation? Pemahaman anda mengenai atau mengenai sebarang penyakit atau kecederaan, atau dikehendaki untuk menjalani apa-apa ujian diagnostik seperti X-ray/MRI, mamografi, electrocardiogram, CT scan, gema atau ultrasonogram, biopsi, ujian darah atau ujian air kencing atau anda pernah didapati dengan pemeriksaan atau mengenai sebarang rawatan atau ubatan atau menerima apa-apa rawatan sama ada disarankan oleh doktor atau tidak atau anda sedang menunggu apa-apa rawatan yang dikehendaki atau dikehendaki untuk menjalani sebarang pembedahan? Atau pernah dimasukkan ke hospital dan menjalani rawatan lima tahun yang lepas atau dikehendaki atau pernah dikehendaki untuk menjalani sebarang pembedahan?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.	Have you ever suffered from or been treated for or been told that you have any: (a) Disease of the brain or nervous system e.g. convulsion, paralysis, insanity or other psychiatric illnesses; Penyakit pada otak atau sistem saraf e.g. kejang, lumpuh, gila atau sebarang penyakit gila; (b) Disease of the lungs e.g. frequent coughs, asthma, spitting of blood, pleurisy, tuberculosis, bronchitis or pneumonia or other respiratory disease; Penyakit pada paru-paru e.g. batuk yang kerap, asma, muntah darah, radang paru-paru, batuk kering, radang selaput paru-paru atau radang paru-paru atau sebarang penyakit melibatkan sistem pernafasan; (c) Disease of the cardiovascular system e.g. rheumatic fever, heart attack, stroke, coronary artery disease, palpitations, chest pains, breathlessness, hypertension or hyperlipemia; Penyakit pada sistem kardiovaskular e.g. demam reumatik, serangan jantung, strok, penyakit arteri koronari, palpitasi, sakit dada, sakit nafas, demam tinggi atau Ateriosklerosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

GMBB-FNUTU-V00-02/2006

FURTHER PARTICULARS OF LIFE TO BE ASSURED BUTIR-BUTIR LANJUT ORANG YANG DIMASURANSKAN

* Delete whichever is not applicable. *Pilih yang mana tidak berkenaan*

Life to be Assured
Nasib yang
Dimasuranskan

	Yes	No	Yes	No
(a) Disease of the digestive system e.g. gastric ulcers, gall bladder or liver disease, Hepatitis B or C, alcoholism, fulminant hepatitis, colitis. <i>Penyakit sistem penghadaman seperti peptic ulcer, batu empedang atau penyakit hati, hepatitis B atau C, ketagihan alkohol, hepatitis fulminan</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Disease of the urinary system e.g. kidney stones, inflammation of the kidneys, renal or bladder disorder, diabetes or abnormal urine such as bloody, sugary or foetid urine. <i>Penyakit sistem saluran kencing seperti batu ginjal pada buah pinggang, inflamasi, radang buah pinggang, kerosakan buah pinggang atau ginjal, kencing manis atau kencing tidak normal seperti kencing berdarah, berputih atau berbau</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Cancer, cysts, growths or tumour of any kind. <i>Kanser, kista, ketumbuhan atau tumor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Congenital of the eye, ear, throat or nose <i>Adalah pada mata, telinga, tekak atau hidung</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Venereal diseases e.g. gonorrhoea, syphilis, chancre or other sores including genital sores or discharges. <i>Penyakit yang ditularkan oleh perantara seksual seperti penyakit gonorrhoea, sifilis, gangrene atau radang termasuk radang genital atau kuman</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Disorder or disease of the muscles, skin, glands, bones, joints or limbs including arthritis, gout, backache or spine disorder. <i>Gangguan atau penyakit pada otot, tulang, tulang, sendi atau disease termasuk arthritis, gout, sendi berakut atau gangguan tulang belakang</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Blood disorders <i>Gangguan aliran darah</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Physical impairments, deformities or any other illnesses not mentioned herein. <i>Kerosakan jasmani atau kelemahan penyakit lain yang tidak disebut di atas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Have any of your parents, brothers or sister suffered from the above disabilities? <i>Adakah ibu/bapa atau adik beradik anda pernah mengalami atau dijangka mengalami penyakit di atas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Have you or your spouse ever been tested for or received medical advice, counselling or treatment in connection with AIDS or infection with any Human Immunodeficiency Virus (HIV)? <i>Adakah anda atau pasangan anda pernah diuji untuk atau menerima selang nasihat, penapisan atau rawatan yang berkaitan dengan AIDS atau jangkitan dengan Human Immunodeficiency Virus (HIV)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you or your spouse at any time in the past three months, had any of the following symptoms for more than one week continuously: Persistent and unexplained fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? <i>Pemalah anda dan pasangan anda dalam jangka masa tiga bulan yang lepas mengalami selang gejala yang berikut untuk lebih dari satu minggu secara berterusan: Kelelahan yang berterusan dan tidak dapat dijelaskan, kehilangan berat badan, diare, pembesaran nodus limfa atau lesi kulit luar biasa?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Are you involved in any business, sport, or occupation that is dangerous or do you have any intention to do so? <i>Adakah anda terlibat atau berniat untuk melibatkan diri dalam sebarang perniagaan, sukan atau pekerjaan yang berbahaya?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Have you ever used morphine, opium or other drugs or have been under treatment for drug abuse? <i>Pemalah anda menggunakan morfin, opium atau sebarang dadah atau pernah dirawat kerana penyalahgunaan dadah?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is your life now assured? If "YES" please state the Name of Company, Type of Policy, Policy No, Assured Amount. (Note: "Type of Policy" includes but is not limited to Life, Accident, Dread Disease, Disability, Medical/Health insurances) <i>Adakah anda sekarang dimasuranskan? Jika ya, sila nyatakan nama syarikat insurans, nombor polisi dan nilai insurans, jenis polisi insurans, jenis polisi insurans, jumlah insurans yang dimasuranskan, jenis polisi insurans, dan tempoh insurans.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Has any application or renewal made by you for Life, Living Assurance/Critical Illness/Dread Disease, Accident, Disability and Medical-Health insurances been declined, postponed, withdrawn, restricted or accepted at other than normal terms? <i>Pemohonan pemohonan untuk insurans hayat anda atau insurans, insurans, insurans perantara yang telah dipohon atau diperbaharui oleh mana-mana syarikat insurans termasuk Great Eastern?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. FOR FEMALE ONLY (UNTUK WANITA SAHAJA)				
(a) Are you now pregnant? <i>Adakah anda sedang mengandung? If "Yes" state "Yes" or "No" months taken</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Have you ever had a miscarriage, difficult labour, caesarian section or any complications in previous pregnancies? <i>Pemalah anda pernah mengalami keguguran, kelahiran normal, pembedahan Caesarian atau sebarang komplikasi semasa hamil sebelumnya?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) 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? If "Yes", please submit a copy of the laboratory or medical report. <i>Pemalah anda pernah mengalami ketukan pada payudara atau sebarang ujian tapisan/ujian darah untuk risiko kanser semasa pemeriksaan atau rawatan sistem pembiakan? Jika "Ya" sila hantarlah salinan laporan makmal atau laporan perubatan.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Are there any other circumstances not already disclosed elsewhere in the proposal form that would render an insurance on your life more than usually hazardous? If you are in doubt or whether certain circumstances are more than usually hazardous, these circumstances should be disclosed. <i>Adakah terdapat mana-mana keadaan lain yang tidak dibincangkan di mana-mana kawasan lain yang mungkin menjadikan insurans di atas hayat anda lebih dari biasanya? Jika anda dalam keraguan sama ada keadaan tersebut adalah lebih dari biasanya, keadaan ini haruslah dibincangkan.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Have you ever smoked in the last 12 months? If "Yes" state average weekly consumption. <i>Pemalah anda merokok dalam 12 bulan yang lepas? Sekiranya "Ya", nyatakan purata pengambilan per minggu.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Do you consume alcoholic drinks? If "Yes" state average weekly consumption. <i>Adakah anda meminum alkohol? Jika "Ya" nyatakan purata pengambilan per minggu.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If the Answer to any of the Questions 1 to 12 is "Yes", please indicate Question Number and provide full relevant details below e.g. types of pursuits, diagnosis, dates, duration of illness or injury, names and addresses of all attending physicians and medical institutions (please attach separate sheets if needed). *Jika jawapan kepada mana-mana soalan 1 hingga 12 adalah "Ya", sila nyatakan nombor soalan dan maklumat terperinci yang berkaitan dengan penyakit atau keadaan yang bersangkutan atau lebih daripada. Sertakan maklumat mengenai jenis penyakit atau kecederaan, nama dan alamat semua doktor perubatan dan institusi perubatan yang telah dirawat/ telah berjumpa/ telah berjumpa dengan doktor perubatan.*

IMPORTANT NOTICE (Further details are in the brochure) NOTIS PENTING (Maklumat lanjut terlampir di dalam risalah)

If any of the above statements is not true, you are required to indicate the Statement Number and furnish the full details (including but not limited to all illnesses, injuries, surgery, medical investigations etc) below. If you have failed to disclose such information, no benefit shall be payable for Death/ Total/ Permanent Disability Benefit directly or indirectly to the non-disclosed pre-existing illness. If you are in any doubt about whether certain facts are material, these facts should be disclosed. *Otherwise state "NIL" below.*

Sertakan maklumat mengenai mana-mana kenyataan yang tidak benar di atas, anda dikehendaki untuk menyatakan nombor kenyataan dan lengkapkan maklumat termasuk (tetapi tidak terhad kepada) semua penyakit, kecederaan, pembedahan, pemeriksaan perubatan dan sebagainya di bawah. Sertakan maklumat terperinci mengenai semua penyakit, kecederaan, pembedahan, pemeriksaan perubatan dan sebagainya yang berkaitan dengan penyakit atau keadaan yang bersangkutan atau lebih daripada. Jika anda dalam keraguan sama ada maklumat tersebut adalah fakta yang penting, maklumat ini haruslah dibincangkan. Jika tidak nyatakan "TIDAK ADA" di bawah.

FOR CHILD-DEATH AND TOTAL AND PERMANENT DISABILITY (due to natural / illness) UNTUK ANAK-KEMATIAN DAN HILANG UPAYA TOTAL & KERAL (akibat illness/pernyata)

Upon the death of the Assured Child who is 5 years (age next birthday) or older at the time of his death, the Basic Sum Assured under this policy will be payable in full. In the case of death of an Assured Child below the age of 5 years (age next birthday) at the time of his death, the Basic Sum Assured payable under the policy shall be reduced in accordance with the age next birthday of the Assured Child. The Basic Sum Assured under the Policy will be payable in one lump sum in accordance with the following table. *Sekiranya berlaku kematian Anak Yang Dimasuranskan berkecuali umur 5 tahun (umur pada ulang tahun akan datang) atau lebih pada masa kematian, Jumlah Asuransi Asas Polisi akan dibayar secara penuh. Dalam kes kematian Anak Yang Dimasuranskan berkecuali umur 5 tahun (umur pada ulang tahun akan datang), Jumlah Asuransi Asas Polisi akan dibayar secara berkurangan mengikut jadual di bawah.*

HEALTH, LIFESTYLE AND INSURANCE DECLARATION PENGAKUAN KESIHATAN, GAYA HIDUP DAN ASURANS

I have not been tested, counselled or treated for HIV infection (Human Immunodeficiency Virus) or AIDS.
 Saya tidak pernah diuji, dibina kaunseling atau dirawat untuk HIV (Human Immuno Deficiency) atau AIDS.

You are strongly advised to read and understand the actual terms and conditions for this Scheme contained in the Master Policy.
 Anda dinasihatkan agar membaca terma-terma dan syarat-syarat yang sebenarnya bagi Skema ini yang terdapat dalam Polisi induk.

Signature of Member / Tandatangan Ahli: _____
 Signature of Life To Be Assured (Spouse/Child)** / Tandatangan Nelayak Yang Diassurakan/Pasangan/Anak** (Age 18 And Above/Umur 18 Tahun Ke Atas): _____
 Signature of Witness / Tandatangan Saksi: _____
 Date / Tarikh: / / 20

Name of Member / Nama Ahli: _____
 Name of Life To Be Assured (Spouse/Child)** / Nama Nelayak Yang Diassurakan/Pasangan/Anak** : _____
 Name of Witness (Block Letters) / Nama Saksi (Huruf Besar): _____
 * Please tick if witness is an agent. / Sila tandai jika saksi adalah seorang agen:

JADUAL CARUMAN PREMIUM BULANAN

Premium	RM 40	RM 60	RM 80	RM 100	RM 120	RM 140	RM 160	RM 180	RM 200	RM 220	RM 250
Premium Fasiliti Hospital**	RM 4	RM 6	RM 8	RM 10	RM 12	RM 12	RM 12	RM 12	RM 12	RM 12	RM 12
JUMLAH PREMIUM	RM 44	RM 66	RM 88	RM 110	RM 132	RM 152	RM 172	RM 192	RM 212	RM 232	RM 262

Sila tandai (✓) di ruangan yang berkenaan.
 Saya menyertai sebagai:
 Pemohon Baru Pemohon Tambahan Nilai

*Ruangan ini khas untuk diisi oleh pemohon tambahan nilai sahaja.
 Saya telah membayar RM _____ sebulan, sekiranya saya ingin membayar premium bulanan saya kepada jumlah yang saya tandai (✓) di jadual atas.

PEMBERIAN KUASA DARIPADA AHLI

Saya, _____, No K/P _____, (Lama/Baru) dengan ini, memberi kuasa kepada BPA untuk memotong gaji bulanan saya sebagai pemohon premium bulanan skim seperti yang saya tandai (✓) di jadual atas sehingga diberikan hak kepada syarikat insurans.

Tarikh _____ Tandatangan Ahli _____

SILA KEMBALIKAN BORANG PERMOHONAN YANG LENGKAP KEPADA

KESATUAN PERKHIDMATAN PERGURUAN KEBANGSAAN, SEMENANJUNG MALAYSIA
 13-15, Jalan Murni Dua, Kompleks Baiti, Off Jalan Ipoh, 51100 Kuala Lumpur
 Tel: 03-6255 5725 / 6251 0621
 Fax: 03-6255 0261 (Sila Baring)
 E-mail: nuffag.pd@nuffag.my

TONY NG & ASSOCIATES
 Group Sales Manager
 GREAT EASTERN LIFE ASSURANCE (M) BERHAD (53745-A)
 39, (15/F Floor) Lebuh Bishop
 10200, Pulau Pinang
 Tel: 04-262 8998 (5 handling lines) / HP: 019-447444/016-4158889
 Fax: 263 1321
 E-mail: tonyng@geil.net.my

AGENT'S/OFFICER'S DECLARATION PENGAKUAN EJEN/PEGAWAI

I hereby declare that I have sighted the original NRIC/International Passport** of the Life to be Assured and the Proposer and verified the identity(ies) of the Life to be Assured and the Proposer through the use of such NRIC/International Passport**.
 Saya menyatakan dengan ini bahawa saya telah melihat dan memeriksa dengan teliti dan yakin mengenai kebenaran maklumat Rad Pengaman/Pasport Antarabangsa**.

Signature of the Agent/ Officer / Tandatangan Agan/Pegawai: _____
 Name / Nama: _____
 Date / Tarikh: / / 20

**Please delete where not applicable. **Sila asing yang tidak berkenaan

FOR OFFICE USE (UNTUK KEGUNAAN PEJABAT)

Commission / Komisyon	Agent No. / No. Agan	Share Percentage / Kadar Peratus Berbagi	Agent No. / No. Agan	Share Percentage / Kadar Peratus Berbagi
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	4.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6.	<input type="text"/>