



**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, Product Disclosure Sheet 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 piawaian 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 dan Risalah Pemberitahuan Produk. 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 Perubahan Kesihatan 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) Group Scheme No **GS3271**
No Skim Berkelompok

Applicant's Name Mr Mdm Miss
Nama Pemohon En Pn Cik

New NRIC No. No KP Baru - - **Old NRIC No./Birth Cert No KP Lama/Sijil Kelahiran**
Sex Male Female
Jantina Lelaki Perempuan

Home Address *Alamat Surat Menyurat*
School Name & Address *Nama & Alamat Sekolah*
Postcode **State**
Poskod Negeri

Tel (House Rumah) - **Tel (Mobile Bimbit)** - **Tel (School Sekolah)** -

KPPK Branch Cawangan KPPK **Date of Birth Tarikh Lahir** / /
Day Hari Month Bulan Year Tahun
Height (cm) Tinggi (sm) **Weight (kg) Berat (kg)** .

Race Malay Chinese Indian Others
Bangsa Melayu Cina India Lain-lain
Marital Status Married Single Divorced Widow Widower
Status Perkahwinan Berkahwin Bujang Bercerai Duda/Janda Balu

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 at least 30 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 **Name of Child**
Nama Suami/Isteri Nama Anak
IC/BC No. **IC/BC No.**
No KP/SL No KP/SL
Date fo Birth - - **Date fo Birth** - -
Tarikh Lahir Tarikh Lahir
Height **Weight** **Height** **Weight**
Tinggi Berat Tinggi Berat
Sex Male Female **Sex** Male Female
Jantina Lelaki Perempuan Jantina Lelaki Perempuan

Name of Child **Name of Child**
Nama Anak Nama Anak
IC/BC No. **IC/BC No.**
No KP/SL No KP/SL
Date fo Birth - - **Date fo Birth** - -
Tarikh Lahir Tarikh Lahir
Height **Weight** **Height** **Weight**
Tinggi Berat Tinggi Berat
Sex Male Female **Sex** Male Female
Jantina Lelaki Perempuan Jantina Lelaki Perempuan

GID-FNUTP-V02-012010

SECTION III. HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP		YES YA	NO TIDAK
<p>1. Have you ever smoked in the last 12 months? If "YES", cigarettes/cigar smoked per day <i>Pernahkah anda merokok dalam tempoh 12 bulan yang lepas? Jika "YA", batang rokok/curut sehari</i></p> <p>Life to be Assured <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cigars Spouse to be Assured <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cigars <i>Hayat yang Diasuranskan Rokok Curut Suami/isteri yang Diasuranskan Rokok Curut</i></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. Do you consume alcoholic drinks? If " YES ", state average weekly consumption:- <i>Adakah anda minum minuman beralkohol? Jika " YA ", nyatakan purata pengambilan seminggu:-</i></p> <p>Life to be Assured Beer/Stout <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> small bottles Wine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> glasses Whiskey/brandy/others <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pegs <input type="checkbox"/> social <i>Hayat yang Diasuranskan Bir/Stout botol kecil Wain gelas Wiski/brandi/lain-lain peg sosial</i> Spouse to be Assured Beer/Stout <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> small bottles Wine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> glasses Whiskey/brandy/others <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pegs <input type="checkbox"/> social <i>Suami/isteri yang Diasuranskan Bir/Stout botol kecil Wain gelas Wiski/brandi/lain-lain peg sosial</i></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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:- <i>Adakah anda atau ahli keluarga anda pernah menghidap atau diberitahu bahawa anda atau ahli keluarga anda sedang menghidap atau telah menghidap dari/atau, menerima sebarang rawatan untuk sebarang penyakit, gangguan atau kecederaan di bawah :</i></p> <p>a. Brain or nervous system e.g. convulsion paralysis, insanity or other psychiatric illnesses? <i>Penyakit otak atau sistem saraf seperti sawan babi gila, sakit kepala, pengsan, atau lain-lain penyakit psikiatrik ?</i></p> <p>b. Lungs e.g. frequent coughs, asthma, spitting of blood, pleurisy, tuberculosis, bronchitis or pneumonia? <i>Paru-paru seperti batuk berterusan, lelah, muntah darah, pleurisy, tibi, bronchitis atau pneumonia?</i></p> <p>c. Cardiovascular system e.g. rheumatic fever, heart attack, stroke, coronary artery disease, palpitations, chest pains, breathlessness, hypotension or hypertension? <i>Sistem kardiovaskular seperti demam rheumatik, serangan jantung, strok, penyakit arteri koronari, jantung berdebar, sakit dada, sesak nafas atau tekanan darah rendah atau tekanan darah tinggi ?</i></p> <p>d. Digestive system e.g. gastric ulcers, gall bladder or liver disease, Hepatitis B, fulminant hepatitis, colics? <i>Sistem penghadaman seperti ulser gastric, pundi hempedu atau penyakit hati, Hepatitis B, hepatitis fulminan, kolik ?</i></p> <p>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? <i>Sistem urinari seperti batu karang, radang buah pinggang, ginjal atau gangguan pundi, kencing manis atau kencing luar biasa seperti berdarah, bergula atau berkeladak ?</i></p> <p>f. Cancer, cyst, growth or tumour of any kind? <i>Kanser, cysta, ketumbuhan atau sebarang jenis tumor ?</i></p> <p>g. Complaint of the eyes, ears, throat or nose? <i>Aduan tentang mata, telinga, tekak dan hidung ?</i></p> <p>h. Venereal disease? <i>Penyakit kelamin berjangkit?</i></p> <p>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></p> <p>j. Alcohol abuse or drug abuse? <i>Penyalahgunaan alkohol atau dadah ?</i></p> <p>k. Accident or injury? <i>Kemalangan atau kecederaan ?</i></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Have any of your 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 menghidap sebarang penyakit atau ketidakupayaan yang dinyatakan seperti di atas? If "Yes", please give details Jika "Ya" sila nyatakan butiran lengkap</i></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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 AIDS atau dijangkiti mana-mana Virus Kurang Daya Tahan Penyakit (HIV) ?</i></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. Have you or any of your dependants ever: <i>Pernahkah anda atau ahli keluarga anda pernah:</i></p> <p>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></p> <p>b. been advised to have a surgical operation that was not performed? If "Yes" in either case, please give details in item 9. <i>dinasihatkan untuk menjalani pembedahan yang belum dijalankan? Jika "Ya" untuk kedua-dua soalan, sila nyatakan butiran di item 9.</i></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>7. FOR FEMALE APPLICANT ONLY UNTUK PEMOHON WANITA SAHAJA</p> <p>a. Are you now pregnant? If "YES", how many months? <input type="checkbox"/> <i>Jika "Ya", berapa bulan? Adakah anda hamil sekarang?</i></p> <p>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? If "Yes", please submit a copy of the laboratory or medical report. <i>Pernakah 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 kepitkan salinan laporan makmal.</i></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>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? If you are in doubt on whether certain circumstances are more than usually hazardous, these circumstances should be disclosed. <i>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></p>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

9. State full particulars of any affirmative answers from Questions 3 to 7. *Sila beri butiran lengkap kepada jawapan "Ya" dari Soalan 3 hingga 7.*

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? If "Yes", please give details.

Adakah anda atau ahli keluarga anda pernah atau sedang menerima sebarang rawatan perubatan dan/atau sedang menghadapi kecacatan fizikal atau kelemahan, kecacatan sejak lahir atau kurang kesihatan? Jika "Ya" sila nyatakan butiran lengkap

YES
YA NO
TIDAK

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?

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.

12. Do you or any of your dependants currently insured under any other medical or health insurance? If "Yes", please give details.

Adakah anda atau ahli keluarga anda sedang diasurankan di bawah sebarang insurans perubatan atau kesihatan? Jika "Ya" sila nyatakan butiran lengkap.

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 ianya 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 informasi tentang saya kepada Syarikat atau wakilnya 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 diiktirafkan oleh Syarikat, Syarikat atau wakilnya tidak memberi sebarang dokumen 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 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 menglengkapkan borang ini bagi pihak saya.

I/we also agree /disagree that the company can share my/our personal information (excluding information relating to my/our policy with company) with other third parties authorised by the Company for purposes of marketing or offering any products or services to me/us.

Saya/kami setuju/tidak setuju bahawa Syarikat boleh berkongsi maklumat peribadi saya/kami (tidak termasuk maklumat berkaitan dengan polisi saya/kami dengan Syarikat) dengan pihak ketiga yang dibenarkan oleh Syarikat bagi tujuan pemasaran atau penawaran sebarang produk atau perkhidmatan kepada saya/kami.

Signature of Applicant
Tandatangan Ahli

Signature of Spouse
Tandatangan Suami / Isteri

Signature of Witness
Tandatangan Saksi

Date *Tarikh*

Date *Tarikh*

Date *Tarikh*

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

A **Salary Deduction.** Authorized for Salary Deduction as Premium Contribution by **Biro Perkhidmatan Angkasa.**
Authorization Letter for Salary Deduction as Monthly Premium Contribution to Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad (93745-A) under NUTP Health Care Scheme.

I, _____, I/C No _____ hereby authorize to deduct from my monthly salary each month as monthly premium contribution under the scheme as above until otherwise advised from me to NUTP/KPPK.

Pemotongan Gaji. Pemberian kuasa untuk Pemotongan Gaji bagi caruman premium oleh Biro Perkhidmatan Angkasa.

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 premium dipotong daripada gaji bulanan saya sebagai caruman premium bulanan untuk skim di atas sehingga diberitahu kelak kepada NUTP/KPPK.

B **Contribution Payable by Cash / Cheque / Money Order** (valid until 31 December)

All payment must be made in the name of **Great Eastern Life Assurance (Malaysia) Berhad.** Total payable premium begins from this month onwards until 31 December of the same year. Renewal must be done before 1 January of each following year. Please send the cheque or Money Order to **Tony Ng & Associates: 39 Lebuh Bishop 10200 Penang.**

Bayaran secara Tunai / Cek / Wang Pos (sah sehingga 31 Disember)

Bayaran mesti atas nama Great Eastern Life Assurance (M) Berhad. Jumlah premium berbayar dikira bermula dari bulan ini sehingga 31 Disember tahun ini. Pembaharuan mesti dijelaskan sebelum 01 Januari tahun yang berikutnya. Sila hantar cek atau wang pos ke Tony Ng & Associates: 39 Lebuh Bishop 10200 Penang.

Date Tarikh _____

Member's Signature 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. I further declare that I have adhered to the requirements and have disclosed all required information and advice to the Assured Member, as outlined in the Guidelines on Product Transparency and Disclosure. I have also explained and given the Assured Member the full set of Company's approved Sales Brochure and Product Disclosure Sheet relevant to the proposed products.

Saya mengesahkan identity Hayat yang diasuranskan setelah melihat Kad Pengenalan/Passport Antarabangsa. Dengan ini saya mengakui bahawa saya telah mematuhi keperluan dan mendedahkan semua maklumat yang diperlukan serta memaklumkan Hayat yang Diasuranskan seperti digariskan dalam Garis Panduan bagi ketelusan dan Pendedahan Produk (Guidelines on Product Transparency and Disclosure). Saya juga telah menerangkan dan memberi risalah jualan yang lengkap diluluskan oleh Syarikat dan Risalah Pemberitahuan Produk yang berkaitan dengan produk yang dicadangkan kepada Hayat yang Diasuranskan.

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: tonyge2@gmail.com

Claim Enquiries / Tuntutan

Great Eastern Life

1-300-1-300-18