

**APPLICATION FOR ADD RIDER/INCREASE SUM ASSURED/COVERED /
 PERMOHONAN UNTUK PENAMBAHAN RIDER/PENAMBAHAN JUMLAH YANG
 DIINSURANSKAN/DILINDUNGI**

Important notice / Notis penting

- Under Schedule 9 of the Financial Services Act 2013/Schedule 9 of the Islamic Financial Services Act 2013, you are required to take **reasonable care**: *I Di bawah Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013/Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, anda dikehendaki mengambil penjagaan munasabah:*
 - not to make any misrepresentation when answering any questions asked by Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad ("the Company")** i.e. you should answer the questions fully and accurately. Please note that all of the questions that are asked by the Company are relevant to the Company's decision whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied. *I untuk tidak membuat sebarang salah nyataan apabila menjawab sebarang soalan yang dikemukakan oleh Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad ("Syarikat") iaitu anda seharusnya menjawab soalan dengan lengkap dan benar. Sila ambil perhatian bahawa semua soalan yang ditanya oleh Syarikat adalah berkait dengan keputusan Syarikat sama ada untuk menerima atau tidak risiko serta kadar dan terma yang hendak dipakai.*
 - to disclose the changes to the Company fully and accurately if there are any changes to the answers given in this application form between the time of submission of this application form and the time the endorsement is issued.** *I untuk mendedahkan kepada Syarikat sepenuhnya dan dengan tepat/ benar mengenai sebarang perubahan sekiranya terdapat sebarang perubahan kepada jawapan yang diberikan dalam borang permohonan di antara waktu serahan borang permohonan dengan waktu pengendorsan dibuat.*
 - to disclose to the Company any matter which you know to be relevant to the Company's decision on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.** *I untuk mendedahkan kepada Syarikat sebarang perkara yang anda ketahui berkait dengan keputusan Syarikat sama ada untuk menerima atau tidak risiko serta kadar dan terma yang hendak dipakai.*
- All taxes, including but not limited to any goods and services tax, and/or other forms of sales or consumption tax, whether currently in force or implemented after the date of application will be charged in accordance with the applicable legislation at the prevailing rate. Where necessary, the Company will amend the terms of the application to take into account any such tax. *I Semua cukai, termasuk tetapi tidak terhad kepada sebarang cukai barangan dan perkhidmatan, dan/atau lain-lain bentuk cukai jualan atau kegunaan, sama ada yang berkuatkuasa pada masa ini atau dilaksanakan selepas tarikh permohonan akan dikenakan mengikut undang-undang yang berkenaan pada kadar semasa. Jika perlu, Syarikat akan meminda terma-terma permohonan untuk mengambil kira cukai-cukai sedemikian.*
- Under the Anti-Money Laundering, Anti-Terrorism Financing and Proceeds of Unlawful Activities Act 2001, the Company is to bring to your attention that a copy of your national registration identity card (NRIC), police/army identity card, valid passport, birth certificate, driving license or official identity document have to be submitted to the Company for the purpose of processing your application. *I Di bawah Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil daripada Aktiviti Haram 2001, Syarikat ingin membawa perhatian anda bahawa satu salinan kad pengenalan pendaftaran negara (KP), kad pengenalan polis/tentera, pasport yang sah, sijil kelahiran atau dokumen identiti rasmi perlu dihantar kepada Syarikat untuk tujuan pemprosesan permohonan anda.*
- Please refer to our Privacy Notice at sunlifemalaysia.com for more information on how we are committed to maintain your personal data confidential. *I Sila rujuk kepada Notis Privasi kami di sunlifemalaysia.com bagi mendapatkan maklumat lanjut berkenaan bagaimana kami komited menjaga data peribadi sulit anda.*

SECTION A: PERSONAL DETAILS / SEKSYEN A: BUTIR-BUTIR PERIBADI

(i) COMPULSORY to be completed / WAJIB diisi

	Policy owner/contract holder / Pemilik polisi/pemegang kontrak	Life assured/person covered / Orang yang diinsuranskan/dilindungi
Policy/contract number / Nombor polisi		
Policy owner/Contract holder's assignee name / Nama pemilik polisi/pemegang kontrak/ pemegang serahhak		
NRIC number (new) / Nombor kad pengenalan (baru)		
Other identification number / Nombor pengenalan lain		
Mobile number / Nombor telefon bimbit (Compulsory for SMS notifications / Wajib untuk pemberitahuan melalui SMS)		
Email / Emel		

SECTION A: PERSONAL DETAILS (CON'T) / SEKSYEN A: BUTIR-BUTIR PERIBADI (SAMB'N)

(ii) Optional – If there is(are) any change(s) to your personal details, please fill in the relevant field. / Pilihan – Sila isikan ruangan yang berkenaan jika terdapat sebarang perubahan kepada butiran peribadi anda.

	Policy owner/contract holder / Pemilik polisi/pemegang kontrak	Life assured/person covered / Orang yang diinsuranskan/dilindungi
Date of birth / Tarikh lahir		
Occupation / Pekerjaan		
Nature of business/nature of self- employment / Jenis perniagaan/jenis perniagaan persendirian		
Exact duties / Tanggungjawab sebenar		
Name of employer / Nama majikan		
Nationality / Kewarganegaraan		
Correspondence address (if difference from your permanent address) / Alamat surat-menyurat (jika berlainan dengan alamat tetap)	Postcode / Poskod <input type="text"/>	Postcode / Poskod <input type="text"/>
Permanent address / Alamat tetap	Postcode / Poskod <input type="text"/>	Postcode / Poskod <input type="text"/>
House phone number / Nombor telefon rumah		
Office phone number / Nombor telefon pejabat		

SECTION B: DETAILS OF ALTERATION / SEKSYEN B: BUTIR-BUTIR PERUBAHAN

PARTICULARS / BUTIR-BUTIR			SUM ASSURED/ COVERED (RM) / JUMLAH YANG DIINSURANSKAN/ DILINDUNGI (RM)	INSTALMENT PREMIUM/ CONTRIBUTION (RM) / PREMIUM/SUMBANGAN ANSURAN (RM)
Basic plan/riders / Pelan asas/rider-rider	Add / Tambah	Increase sum assured/covered / Penambahan jumlah diinsuranskan/ dilindungi		
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Total / Jumlah				

Note: / Nota:

1. Please complete health questionnaire in Section C / Sila lengkapkan soal selidik kesihatan di Seksyen C
2. Please attach copy of sales illustration (SI) for the above alteration(s) / Sila lampirkan salinan ilustrasi jualan untuk perubahan di atas

SECTION C: HEALTH QUESTIONNAIRES / SEKSYEN C: SOAL SELIDIK KESIHATAN

Please tick (✓) "Yes" or "No". If you have answered YES to any of the questions below, please provide full details (including medical conditions, date of diagnosis and duration, treatment prescribed, nature of test done with the dates, name and address of doctor, result, if any) at the answer column provided below or in a separate sheet. / Sila tanda (✓) "Ya" atau "Tidak". Sekiranya anda menjawab YA untuk mana-mana soalan di bawah, sila nyatakan butirannya (termasuk keadaan perubatan, tarikh diagnosis dan tempoh, rawatan yang ditetapkan, jenis ujian yang dilakukan dengan tarikh, nama dan alamat doktor, keputusan, sekiranya ada) di kotak jawapan yang disediakan di bawah atau di dalam helaian lain.

	Policy owner/ Contract holder / Pemilik polisi/ Pemegang kontrak		Life assured/ Person covered / Orang yang diinsuranskan/ dilindungi									
	Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak								
<p>1. Please provide your height and weight. / Sila berikan ketinggian dan berat anda.</p>	<p>Height / Tinggi <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm Weight / Berat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg</p>		<p>Height / Tinggi <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm Weight / Berat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg</p>									
<p>2. Do you smoke cigarettes or e-cigarettes in the last 12 months? If yes, how many cigarettes per day or have you ever been advised to stop smoking by a medical doctor? If yes, please provide full details. / Adakah anda merokok dalam tempoh 12 bulan lepas? Jika ya, berapa batang rokok sehari atau pernahkah anda dinasihatkan oleh doktor perubatan supaya berhenti merokok? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
<p>3. Have you ever been diagnosed of or are currently suffering from any illness/disorder/health problems relating to conditions in note (1)? If yes, please provide full details. / Pernahkah anda didiagnosis atau sedang mengalami sebarang penyakit/gangguan/masalah kesihatan yang berkaitan dengan keadaan di nota (1)? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.</p> <p>Note 1 / Nota 1 Heart disease, stroke, high blood pressure, chest pain, cancer, cyst/growth/tumour of any kind, diabetes, disorder of eyes/ears/nose/mouth/throat, thyroid disorders, asthma or other respiratory/lung disorders, urinary or kidney problems, hepatitis or liver diseases, blood disorders, mental or nervous disorders, epilepsy, spine/back pain, stomach/intestinal disorders, arthritis/gout/joints problems, organ transplant, dementia, systemic lupus erythematosus (SLE), sexually transmitted diseases, genital or reproductive organ disorders, congenital abnormality, any physical defects or deformities, hereditary disease, terminal illness, drugs or alcohol abuse, any other illness or injury or signs and symptoms of any illness. / Penyakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, sakit dada, kanser, sebarang jenis sista/ketumbuhan/tumor, penyakit kencing manis, gangguan mata/telinga/hidung/mulut/tekak, gangguan tiroid, asma atau lain-lain gangguan pernafasan/paru-paru, masalah pundi dan saluran kencing atau buah pinggang, hepatitis atau penyakit hati, gangguan darah, gangguan mental atau saraf, sawan, sakit sendi/tulang belakang, gangguan perut/usus, masalah arthritis/gout/sendai, pemindahan organ, hilang ingatan, lupus eritematosus sistemik (SLE), penyakit yang dijangkiti melalui hubungan seks, gangguan kemaluan atau organ pembiakan, keabnormalan kongenital, sebarang kecacatan fizikal atau ketidakupayaan, penyakit keturunan, penyakit serius tahap terakhir, penyalahgunaan dadah atau alkohol, sebarang penyakit atau kecederaan yang lain atau tanda-tanda dan gejala-gejala bagi sebarang penyakit.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
<p>4. In the past 5 years, have you ever had or are you currently receiving or intending to seek medical, surgical advice, treatment or investigations relating to conditions in note (2)? If yes, please provide full details. / Dalam tempoh 5 tahun lepas, pernahkah anda menerima atau sedang menerima atau akan menerima perubatan, nasihat pembedahan, rawatan atau pemeriksaan yang berkaitan dengan keadaan di nota (2)? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.</p> <p>Note 2 / Nota 2 Illness, injury, accident, operation, medical check-up, medical advice, hospital treatment or diagnostic test eg. blood or urine test, X-ray, Electrocardiogram (ECG), Echocardiogram, Mammogram, CT scan, biopsy or any other test. / Penyakit, kecederaan, kemalangan, pembedahan, pemeriksaan perubatan, nasihat perubatan, rawatan hospital atau ujian diagnostik seperti ujian darah atau air kencing, X-ray, Elektrokardiogram (ECG), Ekokardiogram, Mamogram, imbasan CT, biopsi atau apa-apa ujian lain.</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Reasons for medical consultations / Sebab untuk konsultasi perubatan</th> <th>Type of investigations & treatments / Jenis pemeriksaan & rawatan</th> <th>Date & results of investigations/ consultations/treatment/ hospitalisations / Tarikh & keputusan pemeriksaan/konsultasi/ rawatan/kemasukan ke hospital</th> <th>Full name & address of doctors/clinic/hospitals consulted / Nama penuh & alamat doktor/klinik/hospital</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Reasons for medical consultations / Sebab untuk konsultasi perubatan	Type of investigations & treatments / Jenis pemeriksaan & rawatan	Date & results of investigations/ consultations/treatment/ hospitalisations / Tarikh & keputusan pemeriksaan/konsultasi/ rawatan/kemasukan ke hospital	Full name & address of doctors/clinic/hospitals consulted / Nama penuh & alamat doktor/klinik/hospital								
Reasons for medical consultations / Sebab untuk konsultasi perubatan	Type of investigations & treatments / Jenis pemeriksaan & rawatan	Date & results of investigations/ consultations/treatment/ hospitalisations / Tarikh & keputusan pemeriksaan/konsultasi/ rawatan/kemasukan ke hospital	Full name & address of doctors/clinic/hospitals consulted / Nama penuh & alamat doktor/klinik/hospital									

SECTION C: HEALTH QUESTIONNAIRES (CON'T) / SEKSYEN C: SOAL SELIDIK KESIHATAN (SAMB'N)

	Policy owner/ Contract holder / Pemilik polisi/ Pemegang kontrak		Life assured/ Person covered / Orang yang diinsuranskan/ dilindungi													
	Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak												
<p>5. Have you ever engaged in or intend to engage in flying (other than as a fare paying passenger on a scheduled air route), scuba diving, motor-racing, mountain/rock climbing, free fall parachuting, sky diving or any other hazardous sports, occupations or pursuit? If yes, please provide full details. / Pernahkah anda melibatkan diri atau bercadang untuk melibatkan diri dalam penerbangan (selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam penerbangan yang berjadual), selam skuba, lumba kereta, pendakian gunung/batuan, aktiviti payung terjun bebas, terjun udara atau sebarang sukan, pekerjaan atau aktiviti-aktiviti yang berbahaya? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p>6. Has any application, renewal or reinstatement of life, accident, critical illness or health takaful or insurance on your life been declined, deferred or accepted at special rates or terms or have you made a claim for disability, accident, medical, critical illness insurance/takaful and/or social welfare benefit? If yes, please provide full details. / Adakah terdapat sebarang permohonan, pembaharuan atau pengembalian semula takaful atau insurans hayat, kemalangan, penyakit kritikal atau kesihatan ke atas hayat anda yang ditolak, ditangguhkan atau diterima pada kadar yang istimewa atau dengan syarat-syarat tertentu atau pernahkah anda membuat tuntutan insurans/takaful untuk hilang upaya, kemalangan, perubatan, penyakit kritikal dan/atau manfaat kebajikan sosial? Jika ya, sila nyatakan butirannya.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Name of insurer/ takaful operator / Nama penanggung insurans/ pengendali takaful</th> <th>Proposal/ Application/ Policy/Contract no, / Nombor cadangan/ permohonan/ polisi/kontrak</th> <th>Issued date / Tarikh dikeluarkan</th> <th>Sum assured/ covered & type of coverage / Jumlah yang diinsuranskan/ dilindungi & jenis perlindungan</th> <th>Medical conditions / Keadaan kesihatan</th> <th>Date & details of claims made / Tarikh & butiran tuntutan yang dibuat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Name of insurer/ takaful operator / Nama penanggung insurans/ pengendali takaful	Proposal/ Application/ Policy/Contract no, / Nombor cadangan/ permohonan/ polisi/kontrak	Issued date / Tarikh dikeluarkan	Sum assured/ covered & type of coverage / Jumlah yang diinsuranskan/ dilindungi & jenis perlindungan	Medical conditions / Keadaan kesihatan	Date & details of claims made / Tarikh & butiran tuntutan yang dibuat							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name of insurer/ takaful operator / Nama penanggung insurans/ pengendali takaful	Proposal/ Application/ Policy/Contract no, / Nombor cadangan/ permohonan/ polisi/kontrak	Issued date / Tarikh dikeluarkan	Sum assured/ covered & type of coverage / Jumlah yang diinsuranskan/ dilindungi & jenis perlindungan	Medical conditions / Keadaan kesihatan	Date & details of claims made / Tarikh & butiran tuntutan yang dibuat											
<p>7. Do you drink beer, wine or spirits? If yes, please state frequency and quantity or have you been advised to stop drinking by a medical doctor or have you ever been treated for alcoholism? / Adakah anda minum bir, wain atau minuman beralkohol? Jika ya, sila nyatakan kekerapan dan kuantiti atau pernahkah anda dinasihatkan supaya berhenti minum oleh doktor atau dirawat akibat ketagihan alkohol?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p>8. Have you or your spouse/partner been advised or received any treatment or having any signs and symptoms related to HIV infections/AIDS? If yes, please provide full details. / Pernahkah anda atau pasangan anda dinasihatkan atau menerima sebarang rawatan atau mempunyai sebarang tanda-tanda dan gejala-gejala berhubung dengan jangkitan HIV/AIDS? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p>9. Have two (2) or more of your immediate family members (natural parents or siblings) been diagnosed before age 55 with diabetes, heart attack, stroke, cancer, multiple sclerosis, polycystic kidney disease, motor neuron disease, Huntington's disease, muscular dystrophy or any other hereditary illnesses not mentioned here? If yes, please provide full details. / Adakah anda mempunyai dua atau lebih ahli keluarga terdekat (ibu bapa atau adik beradik kandung) yang didiagnosis dengan penyakit kencing manis, sakit jantung, strok, kanser, sklerosis berbilang, penyakit buah pinggang polisistik, penyakit neuron motor, penyakit Huntington, distrofi otot atau sebarang penyakit keturunan lain yang tidak disebut di sini sebelum berumur 55 tahun? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

SECTION C: HEALTH QUESTIONNAIRES (CON'T) / SEKSYEN C: SOAL SELIDIK KESIHATAN (SAMB'N)

	Policy/Contract/ owner/holder / Pemilik/Pemegang polisi/kontrak		Life assured/ Person covered / Orang yang diinsuranskan/ dilindungi	
	Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak
<p>10. Have you resided in any country other than Malaysia for more than 3 consecutive months? If yes, please provide full details. / Pernahkah anda tinggal di mana-mana negara selain daripada Malaysia untuk tempoh lebih daripada 3 bulan berturut-turut? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>11. FOR FEMALE ONLY / UNTUK WANITA SAHAJA</p> <p>i) Are you pregnant? If yes, how many months? / Adakah anda sedang hamil? Jika ya, berapa bulan?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> months / bulan</p> <p>ii) Have you suffered or been treated/investigated or received medical advice or intend to consult doctor for any disorder of the breast, female reproductive organ, still birth, complication at birth, abnormal Pap smear or menstrual disorder? If yes, please provide full details. / Pernahkah anda mengalami atau dirawat/diperiksa atau menerima nasihat perubatan atau bercadang untuk berjumpa doktor mengenai apa-apa gangguan pada payudara, organ pembiakan wanita, keadaan melahirkan bayi yang mati dalam kandungan, komplikasi sewaktu melahirkan anak, PAP Smear yang abnormal atau gangguan haid? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>12. FOR CHILD ONLY / UNTUK KANAK-KANAK SAHAJA</p> <p>i) Has the child been diagnosed to have any congenital disorder? / Adakah kanak-kanak ini didiagnosis mengalami masalah kongenital?</p> <p>ii) For child application below 2 years old or was born less than 37 gestational weeks or with birth weight less than 2.5 kg / Untuk permohonan kanak-kanak di bawah umur 2 tahun atau dilahirkan kurang daripada 37 minggu kandungan atau dengan berat lahir kurang daripada 2.5 kg</p> <p>Weight at birth / Berat ketika lahir <input type="text"/> <input type="text"/> kg</p> <p>Pregnancy/Gestation weeks / Tempoh kehamilan/bunting dalam minggu <input type="text"/> <input type="text"/> weeks / minggu</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION D: DECLARATION AND AUTHORISATION / SEKSYEN D: PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

- I/We am/are aware that it is my/our duty of disclosure that I/we must exercise reasonable care not to misrepresent i.e. to give false answers/ information when answering any questions asked by the Company and that I/we am/are to answer the questions fully and accurately. / Saya/ Kami menyedari bahawa ia adalah tanggungjawab pendedahan saya/kami di mana saya/kami perlu mengambil penjagaan munasabah untuk tidak melakukan salah nyataan iaitu memberi jawapan/maklumat palsu apabila menjawab sebarang soalan yang ditanya oleh Syarikat dan bahawa saya/ kami seharusnya menjawab soalan dengan lengkap dan benar.
- I/We have read and understood the contents of the application including all warnings and notices therein and I/we have fully and accurately answered all of the questions in the application and other questions asked by the Company, if any, after having fully read and understood the questions. / Saya/Kami telah membaca dan memahami kandungan permohonan termasuk semua amaran dan notis yang terkandung di dalamnya dan saya/kami telah menjawab dengan lengkap dan benar semua soalan di dalam permohonan dan soalan lain yang dikemukakan oleh Syarikat, jika ada, selepas membaca dan memahami sepenuhnya soalan tersebut.
- I/We am/are aware that I/we must inform the Company of any change to the answers given in the form if the change occurred after I/we have submitted the application form but before the endorsement is issued. / Saya/Kami menyedari bahawa saya/kami perlu memaklumkan Syarikat mengenai sebarang perubahan kepada jawapan yang diberikan dalam borang permohonan jika perubahan berlaku selepas saya/kami menyerahkan borang permohonan tetapi sebelum pengendorsan dibuat.
- I/We fully understand that my/our answers and/or statements given in respect of the questions asked by the Company, and any other relevant documents completed by me/us in connection with the application and in any medical report or amendments (collectively referred to as "the information") are relevant to the Company in deciding whether to accept my/our application or not and the rates and terms to be applied. / Saya/Kami memahami sepenuhnya bahawa jawapan dan/atau kenyataan yang saya/kami berikan berdasarkan soalan yang ditanya oleh Syarikat, dan sebarang dokumen lain yang berkenaan yang saya/kami lengkapkan berhubung dengan permohonan dan dalam sebarang laporan perubatan atau pindaan (secara kolektif dirujuk sebagai "maklumat") adalah berkait dengan keputusan Syarikat untuk menerima atau menolak permohonan saya/kami serta kadar dan terma yang hendak dipakai.
- I/We am/are aware that if any answers, statements or information given by me/us is not accurate, the application may be deemed void. / Saya/Kami menyedari bahawa jika mana-mana jawapan, kenyataan atau maklumat yang saya/kami berikan adalah tidak benar, permohonan boleh terbatal.
- I/We make this application independent of any statement made by the authorised representative named below to whom I/we have given no other information, except those written in this application. It is to the best of my/our knowledge and belief, the said authorised representative has given no other information, relating to any circumstances relevant to the acceptance of the risk. I/We further acknowledge that all terms and conditions have been fully explained to me/us and the answers provided are the actual information disclosed by me/us. / Saya/ Kami menjadikan permohonan ini bebas daripada sebarang pernyataan yang dibuat oleh wakil yang dibenarkan yang dinamakan di bawah, di mana saya/kami tidak memberi maklumat lain, kecuali maklumat yang ditulis dalam permohonan ini. Ini adalah sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya/kami, wakil yang dibenarkan yang berkenaan tidak memberi maklumat lain, berkenaan sebarang keadaan berkaitan penerimaan risiko. Saya/ Kami seterusnya mengakui bahawa semua terma dan syarat telah diterangkan sepenuhnya kepada saya/kami dan jawapan yang diberikan adalah maklumat sebenar yang diberikan oleh saya/kami.
- I/We am/are aware and acknowledge that the Company shall not be bound by any statement, information or agreement made or given by or to the person soliciting or taking this application or to any other persons, unless produced in writing, and then only if presented to and approved by the Company. / Saya/Kami menyedari dan mengakui bahawa Syarikat tidak akan terikat dengan sebarang pernyataan, maklumat atau persetujuan yang dibuat atau diberi oleh atau kepada orang yang memohon atau mengambil permohonan ini atau kepada orang lain, melainkan secara bertulis, dan hanya selepas dikemukakan kepada dan diluluskan oleh Syarikat.

SECTION D: DECLARATION AND AUTHORISATION (CON'T) / SEKSYEN D: PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA (SAMB'N)

8. I/We am/are aware and understand that if my/our application is not complete, the Company will treat any attempts to get this information by email, facsimile or photocopy of the related information as original and binding. *I Saya/Kami menyedari dan memahami bahawa sekiranya permohonan yang dihantar tidak lengkap, sebarang usaha untuk mendapatkan maklumat ini melalui emel, faksimili atau salinan fotokopi maklumat berkaitan adalah dikira sebagai asli dan terikat.*
9. I/We authorise any physician, hospital, clinic, insurer/takaful operator or other organisation, institution or person, that has any record or knowledge of my/our health, to disclose to the Company or its representatives all information about me/us with reference to my/our health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment. A photocopy of this authorisation shall be as valid as the original. Furthermore, the Company shall, at all times, keep all results of any such tests confidential and the use thereof shall only be for the purposes of this application or further application for insurance/takaful with the Company except to such an extent that disclosure is required by the Government Authority or by Law, and further provided that the Company shall use all care in carrying out any such test, but shall not be liable for any unforeseen occurrence, act or omission, unless the Company has been negligent. *I Saya/Kami membenarkan sebarang pakar perubatan, hospital, klinik, penanggung insurans/pengendali takaful atau organisasi yang lain, institusi atau individu, yang mempunyai sebarang rekod atau maklumat yang berkaitan dengan kesihatan saya/kami, untuk mendedahkan kepada Syarikat ini atau wakil-wakilnya dan segala maklumat yang merujuk kepada kesihatan saya/kami serta latar belakang perubatan dan sebarang rekod kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan, jangkitan atau penyakit. Salinan fotokopi kebenaran ini adalah sah seperti salinan asal. Selain itu, Syarikat hendaklah, pada setiap masa, menyimpan semua keputusan ujian yang berkenaan secara sulit dan penggunaannya hanya untuk tujuan permohonan ini atau permohonan untuk insurans/takaful yang seterusnya dengan Syarikat kecuali sehingga tahap di mana pendedahan adalah diperlukan oleh Pihak Berkuasa Kerajaan atau oleh Undang-undang, dan seterusnya dengan syarat Syarikat akan menjaga dalam menjalankan apa-apa ujian tersebut, tetapi tidak bertanggungjawab terhadap sebarang kejadian yang tidak dijangka, tindakan atau pengabaian, kecuali kecuaiannya Syarikat.*
10. I/We understand and agree that any of my/our personal information collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used, and disclosed by the Company to individuals or organisations related to or associated with the Company or any selected third party (within or outside of Malaysia, including reinsurance/retakaful and claims investigation companies and industry associations/federations) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this policy/contract/certificate and to communicate with me/us for such purposes. I/We understand that I/we am/are entitled to obtain access to and to request correction of any personal information held by the Company and that such request can be made to the Company's Client Careline at 1300-88-5055. I/We will keep the Company updated of any change to such personal information as soon as possible. *I Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi saya/kami yang diperolehi atau disimpan oleh Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh disimpan, digunakan dan didedahkan oleh Syarikat kepada individu atau organisasi yang berkaitan dengan Syarikat atau mana-mana pihak ketiga yang terpilih (di dalam atau di luar Malaysia termasuk penanggung insurans semula/penanggung takaful semula dan siasatan tuntutan serta persatuan/persekutuan industri) untuk tujuan pemprosesan permohonan ini dan memberikan perkhidmatan seterusnya untuk polisi/kontrak/sijil ini serta berhubung dengan saya/kami bagi tujuan tersebut. Saya/Kami memahami bahawa saya/kami berhak mendapat akses kepada maklumat tersebut dan meminta sebarang pembetulan dibuat ke atas mana-mana maklumat peribadi yang disimpan oleh Syarikat dan permintaan tersebut boleh dibuat kepada talian Khidmat Pelanggan Careline Syarikat di 1300-88-5055. Saya/Kami akan memaklumkan Syarikat/Pengendali mengenai sebarang perubahan kepada maklumat peribadi secepat mungkin.*
11. I/We am/are satisfied with the explanation given to me/us by the authorised representative on the product disclosure sheet, brochure (if any), product illustration (if any), service guide and any other marketing materials that contain key information of the insurance/takaful plan. *I Saya/Kami berpuas hati dengan penerangan yang diberikan kepada saya/kami oleh wakil yang dibenarkan tentang dokumen keterangan produk, brosur (jika ada), ilustrasi produk (jika ada), panduan perkhidmatan, dan sebarang bahan-bahan pemasaran lain yang mengandungi maklumat penting pelan insurans/takaful tersebut.*
12. I/We hereby declare that the information given is true and accurate to the best of my knowledge and record. I/We shall indemnify Company/Takaful Operator for any loss arising from the reliance on the above information. *I Saya/Kami dengan ini mengaku bahawa maklumat yang diberikan adalah benar dan tepat sepanjang pengetahuan dan rekod saya/kami. Saya/Kami akan menanggung rugi Syarikat/Pengendali Takaful bagi apa-apa kerugian yang timbul daripada pergantungan pada maklumat di atas.*
13. For the purpose of Foreign Asset Tax Compliance Act (FATCA) and Common Reporting Standard (CRS), please tick either one of the following statements. *I Untuk tujuan Foreign Asset Tax Compliance Act (FATCA) dan Common Reporting Standard (CRS), sila tandakan salah satu pernyataan di bawah.*

Declaration /Pengisytiharan	Policy owner/Contract holder / Pemilik polisi/ Pemegang kontrak
<p>I declare that I am a U.S. citizen, a holder of a U.S. Permanent Resident Card, and/or a tax resident in any country other than Malaysia. I understand that I am required to submit the "Self-Certification U.S. FATCA and OECD CRS" form to the Company which may be download from the Company website at: https://www.sunlifemalaysia.com. <i>I Saya mengaku bahawa saya ialah warganegara Amerika Syarikat, pemegang Kad Penduduk Tetap Amerika Syarikat, dan/atau pemastautin layak dicukai di mana-mana negara selain Malaysia. Saya memahami bahawa saya perlu mengemukakan borang "Self-Certification U.S. FATCA and OECD CRS" kepada Syarikat yang boleh dimuat turun di laman web Syarikat: https://www.sunlifemalaysia.com.</i></p>	<input type="checkbox"/>
<p>I declare that I am not a U.S. citizen, a holder of a U.S. Permanent Resident Card, or a tax resident in any country other than Malaysia. <i>I Saya mengaku bahawa saya bukan warganegara Amerika Syarikat, pemegang Kad Penduduk Tetap Amerika Syarikat, dan/atau pemastautin layak dicukai di mana-mana negara selain Malaysia.</i></p>	<input type="checkbox"/>

I understand that I am also required to submit the "Self-Certification U.S. FATCA and OECD CRS" form to the Company if: *I Saya memahami bahawa saya juga perlu mengemukakan borang "Self-Certification U.S. FATCA and OECD CRS" kepada Syarikat jika:*

- i) there is any change to the declaration above; or I pengakuan di atas telah berubah; atau
- ii) I have provided any U.S.-related information to the Company. *I Saya telah memberikan sebarang maklumat yang berkaitan dengan Amerika Syarikat kepada Syarikat.*

I understand that the Company reserves the right to take the necessary actions which may include submitting the necessary reports, suspending this policy/contract, withholding the necessary monies to be remitted, terminating this policy/ contract and returning the cash value (if any) less any indebtedness without interest if in the event that I have U.S. Indicia and fail after request to provide such information, consent and/or assistance relating to me or my beneficiaries for the policy/ contract. *I Saya memahami bahawa Syarikat/ berhak untuk mengambil tindakan yang sepatutnya termasuk menyerahkan laporan yang sepatutnya, menggantung polisi/kontrak ini, menahan wang yang perlu dikirimkan, menamatkan polisi/ kontrak ini dan memulangkan nilai tunai (jika ada) tolak sebarang keterhutangan tanpa faedah sekiranya saya mempunyai Indicia Amerika Syarikat dan telah dipinta gagal untuk memberikan maklumat, kebenaran dan/atau bantuan berkenaan dengan saya atau waris atas polisi/kontrak ini.*

Note: The Company is not able to process the application without your declaration on the above. /

Nota: Sila ambil perhatian bahawa Syarikat tidak boleh memproses permohonan ini tanpa pengisytiharan anda.

In WITNESS WHEREOF, I, the policy owner/contract holder/assignee have hereto set my hands on: *I Sebagai menyaksikan perkara-perkara di atas, saya, pemilik polisi/pemegang kontrak/pemegang serah hak dengan ini menurunkan tandatangan saya seperti di bawah:*

Policy/Contract number /
Nombor polisi/kontrak

SECTION D: DECLARATION AND AUTHORISATION (CON'T) / SEKSYEN D: PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA (SAMB'N)

Signature of policy owner/contract holder/assignee /
Tandatangan pemilik polisi/pemegang kontrak/pemegang serah hak

Full name /
Nama penuh _____

NRIC number (new)/Other identification number /
Nombor kad pengenalan (baharu)/Nombor pengenalan lain

Date /
Tarikh _____

Signature of life assured/person covered /
Tandatangan orang yang diinsuranskan/dilindungi

Full name /
Nama penuh _____

NRIC number (new)/Other identification number /
Nombor kad pengenalan (baharu)/Nombor pengenalan lain

Date /
Tarikh _____

SECTION E: STATEMENT OF WITNESS / SEKSYEN E: KENYATAAN SAKSI

I hereby verified the above signature(s) was/were made in my presence and the that to my own personal knowledge it is the signature(s) of the policy owner/contract holder and Trustee(s) (if applicable) / Saya dengan ini mengesahkan tandatangan di atas dibuat di hadapan saya dan setakat yang saya ketahui tanda tangan tersebut ialah tandatangan pemilik polisi/pemegang kontrak dan pemegang amanah (jika berkenaan)

Signature of witness / Tandatangan saksi

Full name /
Nama penuh _____

NRIC number (new)/Other identification number /
Nombor kad pengenalan (baharu)/Nombor pengenalan lain _____

Date / Tarikh _____

***Note: / *Nota:**

The Witness must be at least 18 years old and cannot be named nominee or trustee. / Saksi mestilah berusia sekurang-kurangnya 18 tahun ke atas dan bukan penama atau pemegang amanah yang dinamakan.

Additional Authorisation for a Trust of Policy (only applicable for conventional policy) / Penambahan pemberian kuasa untuk pemegang amanah polisi (hanya untuk polisi konvensional sahaja)

Note: / Nota:

- 1. If a non-Muslim policy owner nominates his/her spouse, children or parents (if there is no spouse or child living at the time of nomination), a trust is automatically created over the policy moneys. When a trust policy has been created, the policy owner cannot revoke a nomination under the policy, vary or surrender the policy, or assign or pledge the policy as security without the written consent of the trustee. / Jika pemilik polisi yg bukan beragama Islam melantik pasangan, anak atau ibu bapa (apabila tiada pasangan atau anak yang hidup pada masa penamaan), pemegang amanah secara automatik akan dilantik bagi penerimaan wang polisi. Apabila pemegang amanah telah dilantik, pemilik polisi tidak boleh membatalkan penamaan di bawah polisi, mengubah atau penyerahan polisi, atau melantik atau mencagarkan polisi sebagai jaminan tanpa persetujuan bertulis daripada pemegang amanah.**
- 2. The trustee(s) shall be / Pemegang amanah adalah:**
 - a) a person appointed by the policy owner as a trustee of the policy; / I seseorang yang dilantik oleh pemilik polisi sebagai pemegang amanah kepada polisi;**
 - b) if no trustee is appointed; the nominee who is competent to contract; / I jika tiada pemegang amanah yang dilantik; penama adalah yang kompeten kepada kontrak;**
 - c) if the nominee is incompetent to contract, the parent of the incompetent nominee other than the policy owner; or / I jika penama adalah tidak kompeten kepada kontrak, ibu bapa kepada penama yang tidak kompeten selain daripada pemilik polisi; atau**
 - d) if there is no surviving parent, the public trustee or a trust company nominated by the policy owner. / I jika tiada ibu bapa yang masih hidup, Pemegang Amanah Raya atau syarikat pemegang amanah akan dilantik oleh pemegang polisi.**
- 3. No trust of policy is created for a Muslim Policy Owner. / Tiada pemegang amanah dilantik untuk pemegang polisi yang beragama Islam**

Please refer to Schedule 10 of the Financial Services Act 2013, for more information on "Payment of Policy Moneys under Life Policy and Personal Accident Policy". / Sila rujuk kepada Jadual 10 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, untuk maklumat lanjut mengenai "Pembayaran Wang Polisi di Bawah Polisi Hayat dan Polisi Kemalangan Diri".

Signature of trustee 1 /

Tandatangan pemegang amanah 1

Full name /

Nama penuh _____

NRIC number (new)/Other identification number /

Nombor kad pengenalan (baharu)/Nombor pengenalan lain _____

Signature of trustee 2 (if any) /

Tandatangan pemegang amanah 2 (jika ada)

Full name /

Nama penuh _____

NRIC number (new)/Other identification number /

Nombor kad pengenalan (baharu)/Nombor pengenalan lain _____

Signature of trustee 3 (if any) /

Tandatangan pemegang amanah 3 (jika ada)

Full name /

Nama penuh _____

NRIC number (new)/Other identification number /

Nombor kad pengenalan (baharu)/Nombor pengenalan lain _____

Signature of trustee 4 (if any) /

Tandatangan pemegang amanah 4 (jika ada)

Full name /

Nama penuh _____

NRIC number (new)/Other identification number /

Nombor kad pengenalan (baharu)/Nombor pengenalan lain _____

Signature of witness / Tandatangan saksi

Full name /

Nama penuh _____

NRIC number (new)/Other identification number /

Nombor kad pengenalan (baharu)/Nombor pengenalan lain _____

Date /

Tarikh _____

*Note / Nota:

The Witness must be at least 18 years old and cannot be named nominee or trustee. / Saksi mestilah berusia sekurang-kurangnya 18 tahun ke atas dan bukan penama atau pemegang amanah yang dinamakan.

Policy/Contract number /
Nombor polisi/kontrak

SECTION F: AUTHORISED REPRESENTATIVE DETAILS / SEKSYEN F: MAKLUMAT WAKIL YANG DIBENARKAN

Staff ID number / Nombor kakitangan

Full name / Nama penuh

Branch code / Kod cawangan

Branch / Cawangan

Mobile phone number / Nombor telefon bimbit

Office phone number / Nombor telefon office

Email / Emel

SECTION G: DECLARATION BY AUTHORISED REPRESENTATIVE / SEKSYEN G: PENGAKUAN OLEH WAKIL YANG DIBENARKAN

I hereby declare and confirm that: / Saya dengan ini mengaku dan mengesahkan bahawa:

- All the information contained in this application form is the only information given to me by the policy owner/contract holder and/or the life assured/person covered, and I have not withheld any other information which might influence the acceptance of this application. / Semua maklumat yang terkandung di dalam borang permohonan ini sahaja yang diberikan kepada saya oleh pemilik polisi/pemegang kontrak dan/atau orang yang diinsuranskan/dilindungi, dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting yang mungkin mempengaruhi penerimaan permohonan ini.
- I have not given any statement to the policy owner/contract holder and/or the life assured/person covered contrary to any relevant and applicable laws, rules and standard that governs the insurance/takaful intermediary activities. / Saya tidak pernah memberi apa-apa kenyataan kepada pemilik polisi/pemegang kontrak dan/atau orang yang diinsuranskan/dilindungi yang bercanggah dengan undang-undang, peraturan-peraturan dan kebiasaan yang mengawal aktiviti-aktiviti perantara insurans/takaful.
- I have given the authorised product disclosure sheet, brochure (if any), product illustration (if any), service guide and any other marketing materials to the policy owner/contract holder and/or the life assured/person covered. / Saya telah memberikan dokumen keterangan produk, brosur (jika ada), ilustrasi produk (jika ada), panduan perkhidmatan dan sebarang bahan-bahan pemasaran lain yang dibenarkan kepada pemilik polisi/pemegang kontrak dan/atau orang yang diinsuranskan/dilindungi.
- Pursuant to regulatory requirement on Anti-Money Laundering, Anti-Terrorism Financing and Proceeds of Unlawful Activities Act 2001, I confirm that where the person is an individual, I have sighted the original NRIC, valid passport, birth certificate, driving license or official identity document and verified the identity of the life assured/person covered/policy owner/contract holder/payor(s). / Menurut keperluan kawal selia di bawah Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram, Pencegahan Pembiayaan Keganasan dan Hasil daripada Aktiviti Haram 2001, saya mengesahkan bahawa jika orang itu seseorang individu, saya telah melihat kad pengenalan asal, pasport, sijil kelahiran, lesen memandu atau dokumen identiti rasmi yang sah dan mengesahkan identiti orang yang diinsuranskan/dilindungi/pemilik polisi/pemegang kontrak/pembayar (pembayar-pembayar).
- I have disclosed the essential information in connection with the insurance/takaful plan inclusive of that required under Malaysian regulations, to the satisfaction of the policy owner/contract holder. / Saya telah mendedahkan maklumat asas yang berkaitan dengan pelan insurans/takaful ini termasuklah maklumat penting yang diperlukan di bawah peraturan-peraturan Malaysia, yang mana telah memuaskan hati pemilik polisi/pemegang kontrak.

Signature of authorised representative /
Tandatangan wakil yang dibenarkan

Date / Tarikh - -