HEALTH WARRANTY-FINANCIAL ALTERATIONS/REINSTATEMENT
JAMINAN KESIHATAN-PINDAAN KEWANGAN/PENGHIDUPAN SEMULA

Gibraltar BSN Life Berhad (herein after referred to as "the Company / Us / Our") is licensed under the Financial Services Act 2013 and regulated by Bank Negara Malaysia. / *Gibraltar BSN Life Berhad (selepas ini dirujuk sebagai "Syarikat / Kami") dilesenkan di bawah Akta Perkhidmatan Kewangan 2013 yang dikawal selia oleh Bank Negara Malaysia.*

Policyowner / *Pemegang Polisi* ____________________

Policy No. / *No. Polisi* ____________ ***Life Assured /*** *Orang yang Diinsuranskan* ____________

Important Notice / *Notis Penting*:

Consumer Insurance Contract / *Kontrak Insurans Pengguna*
A "consumer insurance contract" means a contract of insurance entered into by an individual wholly for purposes unrelated to the individual's trade, business or profession / *"Kontrak Insurans Pengguna" adalah kontrak insurans yang dibuat oleh individu, sepenuhnya bagi tujuan yang tidak berkaitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion individu tersebut.*

Under Paragraph 5 of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, You are required to take reasonable care not to make any misrepresentation when answering any questions asked by Us i.e. you should answer the questions fully and accurately/correctly. Please note that all the questions that are asked by Us are relevant to Our decision whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied. / *Di bawah Perenggan 5 Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, Anda dikehendaki mengambil langkah yang sewajarnya untuk tidak membuat sebarang salah nyata apabila menjawab sebarang soalan yang ditanya oleh Kami, iaitu Anda hendaklah menjawab soalan tersebut dengan lengkap dan dengan tepat/betul. Sila ambil perhatian bahawa semua soalan yang ditanya oleh Kami adalah berkaitan dengan keputusan Kami dalam menerima risiko atau tidak dan dalam menentukan kadar dan terma yang hendak diguna pakai.*

If there are any changes to the answers given in the application/proposal form between the time of submission of the application/ proposal form and the time the contract is entered into, You are also required to disclose to Us fully and accurately/correctly such changes. / *Jika terdapat sebarang perubahan pada jawapan yang diberikan dalam borang cadangan di antara masa penyerahan borang cadangan sehingga polisi itu dikeluarkan, diubah atau diperbaharui, Anda juga dikehendaki mendedahkan kepada Kami dengan sepenuhnya dan dengan tepat/betul mengenai perubahan tersebut.*

In addition to answering the questions in the proposal form fully and accurately/correctly, You are also required to take reasonable care to disclose to Us fully and accurately/correctly any other matters which You know to be relevant to Our decision on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied. / *Di samping menjawab soalan dalam borang cadangan ini dengan lengkap dan dengan tepat/betul, Anda juga dikehendaki mengambil langkah yang sewajarnya untuk mendedahkan kepada Kami dengan sepenuhnya dan dengan tepat/betul mengenai apa-apa perkara lain yang Anda tahu sebagai berkaitan dengan keputusan Kami sama ada hendak menerima risiko atau tidak dan dalam menentukan kadar dan terma yang hendak diguna pakai.*

If You do not understand Your obligation/duty as stated above or if You need any further explanation, You can contact Us or Our agent. / *Jika Anda tidak memahami kewajipan Anda seperti yang dinyatakan di atas atau jika Anda memerlukan sebarang penjelasan lanjut, Anda boleh menghubungi Kami atau ejen Kami.*

Non-consumer Insurance Contract / *Kontrak Insurans Bukan Pengguna*
A "non-consumer insurance contract" means a contract of insurance entered into by an individual wholly for purposes related to the individual's trade, business or profession. / *"Kontrak Insurans Bukan Pengguna" bermaksud suatu kontrak insurans yang dibuat oleh individu sepenuhnya bagi tujuan yang berk aitan dengan perdagangan, perniagaan atau profesion individu itu.*

Under subparagraph 4(1) of Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, You are under a duty to disclose to Us any matter that / *Di bawah Perenggan 5 Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, Anda mempunyai kewajipan untuk mendedahkan kepada Kami apa-apa perkara yang:*

a) **You know to be relevant to Our decision on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied ; or /** *Anda ketahui sebagai berkaitan dengan keputusan Kami dalam menerima risiko atau tidak dan dalam menentukan kadar dan terma yang hendak diguna pakai;*
b) **A reasonable man in the circumstances could be expected to know to be relevant. (Collectively referred to as "the material facts"). /** *Seorang yang munasabah dalam keadaan itu boleh dijangka akan ketahui bahawa perkara tersebut adalah berkaitan. (secara kolektif dirujuk sebagai "fakta material")*

You are also required to continue to disclose to Us fully and correctly/accurately any material facts which may arise between the time of submission of the application/proposal form and the time the contract is entered into. / *Anda juga dikehendaki mengambil langkah yang sewajarnya untuk mendedahkan kepada Kami dengan sepenuhnya dan dengan tepat/betul mengenai apa-apa fakta material di antara masa penyerahan borang cadangan sehingga polisi itu dikeluarkan, diubah atau diperbaharui.*

You should fully and correctly/accurately answer all the questions in the application/proposal form and any other questions asked by Us. / *Anda hendaklah mendedahkan kesemua jawapan dengan tepat/betul di dalam penyerahan borang cadangan dan apa-apa soalan yang ditanya oleh Kami.*

If You do not understand Your obligation/duty as stated above or if You need any further explanation, You can contact Us or Our agent. / *Jika Anda tidak memahami kewajipan Anda seperti yang dinyatakan di atas atau jika Anda memerlukan sebarang penjelasan lanjut, Anda boleh menghubungi Kami atau ejen Kami.*

[X] Types of Application / *Jenis-jenis Pindaan*

1. ☐ **Inclusion / Upgrading of Supplementary Benefit /** *Kemasukan / Penambahan Faedah Tambahan*	4. ☐ **Increase Term of Basic Plan / Supplementary Benefit / Term Rider /** *Penambahan Tempoh Polisi Asas / Faedah Tambahan*
2. ☐ **Cancellation of Supplementary Benefit /** *Pembatalan Faedah Tambahan*	5. ☐ **Change of Premium (For Investment-Linked Policy only) /** *Penukaran Premium (Untuk Polisi Rangkaian Pelaburan sahaja)*
3. ☐ **Increase in Sum Assured of Basic Policy and/or Supplementary Benefit /** *Penambahan Jumlah Insurans Polisi Asas dan/atau Faedah Tambahan*	6. ☐ **Reinstatement of Policy /** *Penghidupan Semula Polisi*

Gibraltar BSN Life Berhad 199301022976 [277714-A]
Level 21, Mercu 2, KL Eco City, No. 3, Jalan Bangsar, 59200 Kuala Lumpur
Customer Careline: 1-300 22 6262 General Line: 03-2298 2000
Email: customerservice@gibraltarbsn.com www.GibraltarBSN.com

PPD/09/HW-RFA/072021v1

DETAILS OF APPLICATION / *BUTIRAN PERMOHONAN*

1. ☐ Inclusion / Upgrading of Supplementary Benefit / *Kemasukan / Penambahan Faedah Tambahan*				2. ☐ Cancellation of Supplementary Benefit / *Pembatalan Faedah Tambahan*	
Supplementary Benefit / *Faedah Tambahan*	**SA** /** *JI***	**Term /** *Tempoh*	**Premium /** *Premium*	**Supplementary Benefit /** *Faedah Tambahan*	**Supplementary Benefit /** *Faedah Tambahan*

3. ☐ Increase in Sum Assured of Basic Policy and/or Supplementary Benefit / *Penambahan Jumlah Insurans Polisi Asas dan/ atau Faedah Tambahan*					
Plan / Supp. Benefit / *Pelan / Faedah Tambahan*	**New SA** /** *JI Baru***	**Premium /** *Premium*	**Plan / Supp. Benefit /** *Pelan / Faedah Tambahan*	**New SA** /** *JI Baru***	**Premium /** *Premium*

***** SA – Sum Assured /** JI – Jumlah Insurans*

4. ☐ Increase Term of Basic Plan / Supplementary Benefit / Term Rider / *Penambahan Tempoh Polisi Asas / Faedah Tambahan*					
Plan / Supp. Benefit / *Pelan/Faedah Tambahan*	**Old Term /** *Tempoh Lama*	**New Term /** *Tempoh Baru*	**Plan / Supp. Benefit /** *Pelan/Faedah Tambahan*	**Old Term /** *Tempoh Lama*	**New Term /** *Tempoh Baru*

5. ☐ Change of Premium (For Investment-Linked Policy only) / *Penukaran Premium (Untuk Polisi Rangkaian Pelaburan sahaja)*		
New Regular Basic Premium / *Premium Asas Berkala Baharu*	**New Regular Top Up Premium /** *Premium Tambahan Berkala Baharu*	**New Total Regular Premium /** *Jumlah Premium Berkala Baharu*

Section A : Lifestyle Details / *Bahagian A: Butiran Gaya Hidup*	**Life Assured /** *Orang yang Diinsuranskan*	**Policyowner /** *Pemegang Polisi*
1. **Have you smoked any cigarette in the past 12 months? If "Yes", please state number of cigarettes smoked per day /** *Adakah Anda pernah menghisap rokok dalam masa 12 bulan yang lalu? Jika 'Ya" sila nyatakan bilangan rokok yang dihisap dalam sehari.* **[ ] cigarettes smoked per day /** *Rokok yang dihisap sehari*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
2. **Do you consume beer, wine, stout, whiskey, brandy or other alcoholic drink? If "Yes", please state the type and quantity per week (number of bottles or glasses or pegs)? /** *Adakah Anda meminum bir, wain, staut, wiski, brandi atau lain-lain minuman beralkohol? Jika 'Ya', sila nyatakan jenis dan kuantiti seminggu (bilangan botol, gelas atau peg).* **Type /** *Jenis* [ ] **Quantity /** *Kuantiti* [ ] **bottles / glasses per week /** *botol / gelas seminggu*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
3. **Do you intend to engage in any hazardous sports or activities such as diving, racing, mountaineering, rock climbing, gliding, or flying or take part in any aviation activities (other than as a fare paying passenger)? If "Yes", please provide details (type of activity, frequency, and location) /** *Adakah Anda bercadang untuk menyertai sebarang sukan atau aktiviti yang merbahaya seperti menyelam, berlumba, mendaki gunung, memanjat tebing berbatu, meluncur angin atau mengambil bahagian dalam sebarang aktiviti penerbangan (selain daripada menjadi penumpang biasa)? Jika "Ya", sila nyatakan jenis aktiviti, kekerapan dan lokasi.*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
4. **Have you or your spouse at anytime in the last 3 years resided for more than one continuous month outside Malaysia? /** *Pernahkah Anda atau suami/isteri Anda dalam jangka masa 3 tahun terakhir ini menetap secara berterusan lebih dari satu bulan di luar Malaysia?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
5. **Do you have any intention to reside outside Malaysia within the next one (1) year? If "Yes", please provide details such as purpose, country and duration /** *Adakah Anda bercadang untuk menetap di luar Malaysia dalam tempoh satu tahun akan datang?Jika "Ya", sila nyatakan butiran seperti tujuan, negara dan tempoh.*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
6. **Do you engage in any part time occupation? If "Yes", please provide details (nature of business, exact duty and working hours) /** *Andakah Anda melakukan sebarang pekerjaan sambilan? Jika "Ya", sila nyatakan (jenis perniagaan, butiran tugas dan waktu bekerja).*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
7. **Are you a member of any volunteer police or armed forces? /** *Adakah Anda seorang sukarelawan polis atau angkatan tentera?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*

	Life Assured / *Orang yang Diinsuranskan*	Policyowner / *Pemegang Polisi*
8. What is your present occupation? / *Apakah pekerjaan Anda sekarang?*		

Please give details below / *Sila berikan butiran di bawah:*
a. Since / *Sejak?* ____________________**(date /** *tarikh***)**
b. What is your total annual income? / *Berapakah jumlah pendapatan tahunan Anda?*
RM ____________________

c. Please describe your occupation and exact duties in details. You may use the space below / *Sila nyatakan pekerjaan Anda dan butiran tepat tugas-tugas pekerjaan. Anda boleh menggunakan ruang di bawah:*

Please tick [√] Life Assured (LA) / Policyowner (PO). If the answer is "Yes" for any questions from No. 3 to 7, please state the question number and provide details in the box below / *Sila tandakan [√] Orang yang Diinsuranskan (OD)/ Pemegang Polisi (PP). Jika mana-mana jawapan bagi soalan 3 hingga 7 adalah 'Ya", sila nyatakan nombor soalan dan berikan butirannya di petak di bawah:*

Q. No. / *No. Soalan*	LA / *OD*	PO / *PP*	

Section B : Build Details / *Bahagian B: Perubahan Butiran*	Height – cm / *Tinggi - cm*	Weight – kg / *Berat - kg*	Gain / Loss of Weight in the past year / *Penambahan / Kehilangan Berat pada tahun lepas*
Life Assured / *Orang yang Diinsuranskan*			
Policyowner / *Pemegang Polisi*			

Section C : Other Policies Details / *Bahagian C: Butiran Polisi Lain*	Life Assured / *Orang yang Diinsuranskan*	Policyowner / *Pemegang Polisi*
1. Are you insured with the Company or any other life insurance company? / *Adakah Anda pernah diinsuranskan oleh Kami atau mana-mana syarikat insurans hayat yang lain?*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
2. Has any of your life insurance policies with Us or any other insurance company lapsed in the last 2 years? / *Adakah mana-mana Polisi insurans hayat Anda bersama Kami atau syarikat lain yang sudah luput dalam jangka masa 2 tahun yang lalu?*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
3. Is any of your life insurance application for, or reinstatement of existing Policy under consideration by Us or any other insurance company? / *Adakah Anda mempunyai sebarang permohonan Insurans Hayat atau Penghidupan Semula Polisi yang masih dalam pertimbangan Kami atau Syarikat lain?*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
4. Has any of your life / health / accident insurance application or reinstatement of existing Policy with Us or with any other insurance company ever been declined, postponed, rated-up, restricted or accepted at modified terms? / *Pernahkah sebarang permohonan insurans hayat Anda atau permohonan untuk penghidupan semula dengan Kami atau syarikat lain yang ditolak, ditunda atau dinaikkan kadar, dihadkan atau diterima dengan perubahan syarat?*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
5. In the past 5 years, has any of your application or reinstatement or renewal of #*Medical and Health Insurance (MHI)* Policy with Us or with any other insurance company ever been declined, postponed, rated-up, restricted or accepted at modified terms? / *Dalam tempoh 5 tahun yang lalu, adakah sebarang permohonan atau Penghidupan Semula atau Pembaharuan untuk Polisi #Perlindungan Insurans Perubatan dan Kesihatan (PIPK) dengan Kami atau syarikat lain yang ditolak, ditunda, dinaikkan kadar, dihadkan atau diterima dengan perubahan terma dan syarat?*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

MHI cover includes but not limited to / *Perlindungan Insurans Perubatan dan Kesihatan (PIPK) merangkumi tetapi tidak terhad kepada:*
a) **medical expense or hospital and surgical or hospital income insurance /** *Insurans Perbelanjaan perubatan atau hospital dan pembedahan atau pendapatan hospital*
b) **critical illness or dread disease insurance and /** *Insurans penyakit kritikal; atau penyakit berbahaya dan*
c) ***long term care insurance*** **/** *Insurans penjagaan jangka panjang*

Please tick [√] Life Assured (LA) / Policyowner (PO). If the answer is "Yes" for any questions from No. 1 to 5, please state the question number and provide details in the box below / *Sila tandakan [√] Orang yang Dinsuranskan (OD) / Pemegang Polisi (PP). Jika mana-mana jawapan bagi soalan 1 hingga 5 adalah 'Ya", sila nyatakan nombor soalan dan berikan butirannya dalam petak di bawah:*

Q. No. / *No. Soalan*	LA / *OD*	PO / *PP*	Name of Insurer / *Syarikat Insurans*	Type of Insurance / *Jenis Insurans*	Insurance Details / Year / *Butiran Insurans / Tahun*

Section D : Family History / *Bahagian D: Sejarah Keluarga*	Life Assured / *Orang yang Diinsuranskan*	Policyowner / *Pemegang Polisi*
1. **Have any of your parents and / or siblings, living or not, had diabetes, cancer, heart diseases, stroke, hypertension, Down's Syndrome, hepatitis, Alzheimer's disease, Parkinson's disease, motor neuron disease, Huntington's disease, muscular dystrophy, polycystic kidney disease, cystic fibrosis, etc.? If "Yes", please provide details below. /** *Adakah ibubapa dan/ atau adik-beradik Anda, yang masih hidup atau telah meninggal dunia, menghidapi penyakit kencing manis, barah, penyakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, Sindrom Down, hepatitis, penyakit Alzheimer, penyakit Parkinson, penyakit neuron motor, penyakit Huntington, distrofi otot, penyakit polisistik buah pinggang, fibrosis sista dan lain-lain? Jika "Ya", sila lengkapkan butiran di bawah.*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
2. **Has your spouse, living or not, had any sexually transmitted disease, AIDS Related Conditions or been tested HIV positive? If "Yes", please provide details below. /** *Adakah suami / isteri, yang masih hidup ataupun yang telah meninggal dunia, menghidapi sebarang penyakit kelamin, penyakit berkaitan AIDS atau disahkan positif HIV? Jika "Ya", sila nyatakan butiran di bawah.*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

Family Member (Specify Relationship) / *Ahli Keluarga (Nyatakan Hubungan)*	Medical Condition(s) / Diagnosis / *Status Perubatan / Diagnosis*	Age at Diagnosis / *Usia semasa diagnosis dibuat*	Age at Death (if applicable) / *Usia semasa meninggal dunia (jika berkenaan)*

Section E : Health Details / *Bahagian E : Butiran Kesihatan*

I / We hereby expressly declare the following / *Saya / Kami dengan ini mengisytiharkan yang berikut:*	Life Assured / *Orang yang Diinsuranskan*	Policyowner / *Pemegang Polisi*
1. **Have you ever used illegal or recreational drugs or narcotics, or habit forming drugs, or been treated for alcoholism or drug habit/addiction? /** *Pernahkah Anda mengambil narkotik atau dadah yang terlarang dan menyebabkan ketagihan atau pernah dirawat kerana masalah alkohol atau ketagihan dadah?*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
2. **Are you on any form of medication at present (other than for normal fever, cough, and flu)? If "Yes", state reason and type of medication below /** *Adakah Anda sekarang mengambil sebarang ubatan (selain daripada ubatan untuk demam biasa, batuk, dan selesema)? Jika "Ya", sila nyatakan sebab dan jenis ubatan.*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
3. **Have you ever had or been told you had or been treated for or currently have /** *Pernahkah Anda menghidapi atau diberitahu atau dirawat atau sekarang ini sedang menghidapi :*		
a. **Epilepsy, fainting spells, seizure, nervous or mental conditions, neuritis, paralysis or any disease or abnormality of the brain or nervous system? /** *Epilepsi, sawan, pitam, kebimbangan, kemurungan atau gangguan saraf atau mental, neuritis, lumpuh, strok, pendarahan otak atau kecederaan otak disebabkan kemalangan atau sebarang penyakit atau ketidaknormalan pada otak atau sistem saraf?*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
b. **Giddiness, loss of consciousness, breathlessness, chest pain, palpitation, heart attack, hole in the heart, high blood pressure, raised cholesterol, rheumatic fever, valvular heart disease, heart murmur, deep vein thrombosis, any disease of the heart, blood vessel or blood (e.g. anaemia, thallasaemia, hemophilia) ? /** *Pening, pengsan, sesak nafas, sakit dada, ketidaknormalan degupan jantung, serangan jantung, tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, reumatisme, demam, penyakit injap jantung, jantung berbisik, thrombosis vena dalam, atau sebarang penyakit jantung, darah atau pembuluh darah (seperti anemia, talasemia, hemofilia)?*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
c. **Blood spitting, tuberculosis, pneumonia, bronchitis, bronchopneumonia, asthma, habitual or prolonged cough, pleurisy, emphysema or any respiratory or lung disease? /** *Batuk berdarah, batuk kering, radang paru-paru, bronkitis, bronkopneumonia, lelah, batuk biasa atau berpanjangan, radang selaput dada, emfisema atau sebarang penyakit pernafasan atau paru-paru?*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
d. **Recurrent indigestion, gastritis, irritable bowel syndrome, ulcer or polyp in the stomach, hernia, fistula, piles or any disease of gall-bladder, pancreas, stomach or intestine? /** *Ketidakhadaman yang berulang, gastritis, sindrom keradangan usus, ulser, atau polip di dalam perut, hernia, fistula, buasir atau sebarang penyakit pundi hempedu, pankreas, perut atau usus kecil?*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*
e. **Sugar or blood or protein in the urine, kidney or bladder stones, enlarged prostate, venereal disease (eg. gonorrhea, syphilis, genital sores or discharges), kidney failure, polycystic kidney disease or any disease of kidney, prostate, urinary or genital system? /** *Gula atau darah atau protein dalam air kencing, buah pinggang atau batu karang, prostat membesar, penyakit kelamin (seperti gonorea, sifilis, kudis kemaluan atau pengeluaran cecair), kegagalan buah pinggang, penyakit polisista buah pingang atau sebarang penyakit buah pinggang, prostat, saluran kencing atau sistem pembiakan?*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*	☐ Yes / *Ya* ☐ No / *Tidak*

f. **Diabetes, abnormal blood sugar level, goitre, hyperthyroidism, hypothyroidism or any disease or abnormality of the thyroid or other endocrine glands (pituitary, adrenal, pancreas, testes)? /** *Kencing manis, ketidaknormalan paras gula dalam darah, beguk, hipertiroidisme atau sebarang penyakit atau ketidaknormalan pada tiroid atau lain-lain kelenjar endoktrin (pituitari, adrenal, pankreas, testis)?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
g. **Blindness, impaired sight, cataract, detached retina, deafness, hearing difficulty requiring hearing aid, mutism, tonsillitis or any disease of the eyes, ears, nose or throat? /** *Buta, penglihatan terjejas, katarak, retina berkembar, pekak, masalah pendengaran yang memerlukan bantuan alat pendengaran, bisu, tonsillitis atau sebarang penyakit mata, telinga, hidung atau tekak?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
h. **Leukaemia, Hodgkin's disease, lymphoma, brain or spinal tumour, or any type of cancer, tumour, cyst or growth? /** *Leukimia, penyakit Hodgkin, limfoma, tumor otak atau tulang belakang, atau sebarang jenis barah, tumor, sista atau ketumbuhan?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
i. **Jaundice, hepatitis, hepatitis B carrier, hepatitis C carrier or any disease of the liver? /** *Demam kuning, hepatitis, pembawa hepatitis B, pembawa hepatitis C atau sebarang penyakit hati?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
j. **Rheumatism, arthritis, gout, osteoarthritis, osteoporosis, bone fractures (with or without implants), backache, slipped disc, or any disease of the spine, bones, joints, muscle, connective tissue, lymph nodes or spleen? /** *Keradangan sendi, artritis, bengkak sendi, osteoarthritis, osteoporosis, patah tulang (dengan atau tanpa implan), sakit belakang, diska teranjak, atau sebarang penyakit pada tulang, tulang sendi, otot, sendi, tisu penyambung, nodus limfa atau limpa?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
k. **Systemic lupus erythematosus, facial skin rashes, psoriasis, leprosy or eczema? /** *Lupus eritematosus sistemik atau ruam muka, psoriasis, kusta atau ekzema?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
l. **Polio, paralysis or any other physical impairment, congenital abnormalities / conditions or hereditary disorder (such as Alzheimer's disease, Parkinson's disease, motor neuron disease)? /** *Polio, lumpuh atau sebarang kecacatan fizikal, kecacatan sejak lahir / keadaan atau penyakit keturunan (seperti penyakit Alzheimer, penyakit Parkinson, penyakit motor neuron)?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
4. **Have you ever been hospitalised or undergone any surgical operation or observation or treatment or been advised to seek any medical or surgical consultation or follow up? /** *Pernahkah Anda dimasukkan ke hospital atau menjalani sebarang pembedahan atau di bawah pemerhatian atau rawatan atau dinasihati untuk mendapatkan perundingan perubatan atau pembedahan atau rawatan susulan?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
5. **Have you ever received blood transfusion, treatment with human blood products or received a donated organ or refused as a blood donor? /** *Pernahkan Anda menerima pemindahan darah, rawatan dengan menggunakan produk darah manusia atau menerima organ dermaan atau tidak diterima menjadi penderma darah?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
6. **Have you ever received any medical advice, counselling or treatment in connection with AIDS, AIDS Related Complex or any other AIDS related conditions; OR have you had HIV testing done (please state result), OR in the last 3 months had any of the following symptoms for more than one week continuously: fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions?/** *Pernahkah Anda menerima sebarang nasihat, kaunseling atau rawatan yang berkaitan dengan AIDS atau lain-lain keadaan berkaitan dengan AIDS, ATAU pernahkah Anda menjalani ujian untuk HIV (sila nyatakan keputusan) ATAU dalam tempoh 3 bulan yang lepas Anda mengalami salah satu daripada tanda-tanda penyakit seperti kelesuan, penurunan berat badan, cirit-birit, pembengkakan nodus limfa atau sebarang penyakit kulit yang luar biasa selama seminggu berturut-turut?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
7. **In the PAST 5 YEARS, have you had any diagnostic tests such as blood or urine tests, X-ray, mammogram, biopsy, electrocardiogram (ECG), CT scanning, echo or ultrasound or been advised to have any of these in the future? /** *Dalam tempoh 5 TAHUN YANG LALU, pernahkah Anda menjalani ujian diagnostik seperti ujian darah atau air kencing, X-ray, mamogram, biopsi, eloktrodiogram (EKG), imbasan CT, gema atau ultrabunyi atau dinasihati untuk menjalaninya pada masa akan datang?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
8. **Has your weight increased or decreased by more than 5 kg (11 lbs) in the past 2 years? If "Yes", please state reason below /** *Pernahkah berat badan Anda bertambah atau berkurang sebanyak lebih dari 5kg (11 paun) dalam tempoh 2 tahun lepas? Jika "Ya", sila nyatakan sebabnya:*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
9. **For Female applicant only /** *Untuk Pemohon Wanita Sahaja* a. **Have you ever had, or received any treatment for, or intend to be treated or consult a physician for /** *Pernahkah Anda menghidapi, atau menerima sebarang rawatan untuk, atau bercadang untuk menerima sebarang rawatan atau khidmat pakar perubatan untuk*: i. **Ovarian cyst, abnormal uterine or vaginal bleeding, abnormal enlargement of abdomen, fibroid, polyp, carcinoma in situ, cancer or growth or any disease or disorder of the breasts or female reproductive organ? /** *Sista ovari, pendarahan yang tidak normal pada rahim atau vagina, pembesaran ketidaknormalan pada abdomen, fibroid, polip, karsinoma 'in-situ', barah atau ketumbuhan atau lain-lain penyakit atau ketidaknormalan pada payudara atau organ pembiakan wanita?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
b. **Have you ever had /** *Pernahkah Anda menghidapi*: i. **An abnormal mammogram or been advised to have an ultrasound of the breast, cone biopsy or colposcopy? /** *Ketidaknormalan mammogram atau dinasihati untuk menjalani ultrabunyi untuk payudara, biopsi kon atau kolposkopi?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
ii. **A Pap Smear, which you were advised to repeat within 6 months, or were found to be abnormal? /** *Ujian Pap Smear yang mana Anda dinasihatkan, untuk mengulanginya dalam tempoh 6 bulan, atau didapati dalam keadaan tidak normal?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*

	LA	PO
iii **Pregnancy complications during gestation and / or delivery/ies? (E.g. ectopic pregnancy, disseminated intravascular coagulation, diabetes, hypertension, still birth, etc.) /** *Komplikasi kandungan sewaktu hamil dan / atau semasa melahirkan anak? (seperti kehamilan ektopik, koagulasi intravaskular tersebar, kencing manis, tekanan darah tinggi, kematian bayi semasa melahirkan, dll).*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
iv **Any test or intend to do any test to exclude or determine Down's Syndrome during gestation or any other genetic testing? /** *Sebarang ujian atau bercadang untuk menjalani ujian mengesah atau menentukan Sindrom Down semasa hamil atau lain-lain ujian genetik?*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
c. **Are you now pregnant? If 'Yes', how many months? /** *Adakah Anda hamil sekarang? Jika "Ya", berapa bulan?* **[ ] months /** *bulan*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*
10. **FOR CHILD BELOW 2 YEARS OF AGE ONLY /** *UNTUK KANAK-KANAK BERUMUR DI BAWAH 2 TAHUN SAHAJA:* a. **Is the child born premature or pre-term (less than 36 weeks) /** *Adakah bayi lahir tidak cukup bulan atau sebelum tempoh (kurang dari 36 minggu)?* *b.* **If the answer to question 10 a) is "Yes", please proceed with below questions i), ii) and iii) and provide us a copy of the Child Health Book.** */ Jika jawapan bagi 10 a) adalah "Ya", sila jawab soalan i), ii) dan iii) di bawah dan sertakan salinan Buku Kesihatan Bayi.* i. **Please specify months /** *Sila nyatakan bulan* **[ ] Months /** *bulan* **[ ] Weeks /** *minggu* ii. **What was the baby's birth weight /** *Berapakah berat bayi ketika lahir* **[ ] Kilograms /** *Kilogram* **[ ] Grams /** *Gram* iii. **Specify the duration of hospital stay of baby after birth /** *Nyatakan tempoh bayi tinggal di hospital selepas dilahirkan.* **[ ] No of Days /** *Hari*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*	☐ **Yes /** *Ya* ☐ **No /** *Tidak*

^To be completed when Policyowner applies for Payor Benefit Rider(s) OR Reinstating Policy with Payor Benefit Rider(s) / *Untuk dilengkapkan oleh Pemegang Polisi yang memohon Penerima Manfaat Payor ATAU Penghidupan Semula Polisi dengan Tambahan Penerima Manfaat Payor.*

Please tick [√] Life Assured (LA) / Policyowner (PO). If the answer is "Yes" for any questions from No. 1 to 10, please state the question number and provide details in the box below / *Sila tandakan [√] Orang yang Dinsuranskan (OD) / Pemegang Polisi (PP). Jika mana-mana jawapan bagi soalan 1 hingga 10 adalah 'Ya", sila nyatakan nombor soalan dan berikan butirannya dalam petak di bawah***:**

Q. No. / *No. Soalan*	**LA /** *OD*	**PO /** *PP*	

Notice / *Notis:*

Please note if you are a NON-MUSLIM and your nominee named is your spouse, child or parent (where there is no existing spouse or child at the time of nomination) your Policy, upon issuance by Gibraltar BSN Life Berhad, becomes a trust Policy. Thereafter you are not permitted to revoke your nomination, make financial variation, surrender, assign or pledge the Policy as security, without the consent of the trustee(s). If trustees are not appointed the following may become the trustees / *Sekiranya Anda BUKAN BERAGAMA ISLAM dan penama ialah suami / isteri, anak atau ibu bapa Anda (di mana tiada suami / isteri atau anak- anak pada masa penamaan) Polisi Anda, setelah dikeluarkan oleh Syarikat, menjadi polisi amanah. Selepas itu, Anda tidak boleh membatalkan penamaan Anda, melakukan pindaan kewangan, menyerahkan polisi, menyerah hak atau mencagarkan polisi sebagai sandaran, tanpa kebenaran daripada pemegang amanah. Anda boleh melantik sesiapa selain daripada diri Anda sebagai pemegang amanah untuk Polisi dan sekiranya pemegang amanah tidak dilantik, yang berikut boleh menjadi pemegang amanah:*

a) **The nominee who is competent or /** *Penama yang kompeten atau*

b) ***Where the nominee is incompetent, the parent of the incompetent nominee other than the Policyowner and where there is no surviving parent, the Public Trustee or a trust company nominated by the Policyowner. /*** *Jika penama itu tidak kompeten, ibu atau bapa kepada penama yang tidak kompeten itu selain pemegang polisi dan jika tiada ibu atau bapanya yang masih hidup, Pemegang Amanah Raya atau suatu syarikat pemegang amanah yang dinamakan oleh Pemegang Polisi.*

Personal Data / *Data Peribadi*

i. **Personal Information may include Policyowner and / or Life Assured name, identification number, address, phone number, email address as well as non-public information including details of condition or history of medical, health and hospitalization, financial, familial and non-familial information and any updated information of the same for the applicable product or service**./ *Data Peribadi mungkin termasuk nama Pemegang Polisi / Orang yang akan Diinsuranskan nombor, nombor kad pengenalan, alamat, nombor telefon, e-mel dan juga maklumat bukan umum termasuk butiran terperinci berkenaan keadaan atau sejarah perubatan, kesihatan dan kemasukan hospital, kewangan, maklumat kekeluargaan dan bukan kekeluargaan dan sebarang maklumat terkini yang seumpamanya bagi produk atau perkhidmatan yang berkenaan.*

ii. **Gibraltar BSN Life Berhad shall not disclose the Personal Information without prior consent of the Policyowner. /** *Gibraltar BSN Life Berhad tidak akan mendedahkan Data Peribadi tanpa kebenaran Pemegang Polisi.*

iii. **The Policyowner has the right to access his Personal Information and shall be allowed to make any update or correction through a written request to the Company and the Company has the right to impose a fee for this purpose. /** *Pemegang Polisi berhak untuk mengakses Data Peribadi beliau dan dibenarkan untuk mengemaskini atau membetulkan Data Peribadi beliau melalui permohonan bertulis kepada Syarikat dan Syarikat berhak untuk mengenakan bayaran bagi tujuan ini.*

iv. **Gibraltar BSN Life Berhad shall take reasonable steps to protect the Personal Information from any unauthorized access or misuse and in ensuring accuracy of the Personal Information at all times and shall not keep the Personal Information longer than necessary for the purpose of this application and maintenance of the Policy Contract. /** *Gibraltar BSN Life Berhad akan mengambil langkah-langkah yang munasabah bagi melindungi Data Peribadi daripada sebarang salah guna atau akses tanpa kebenaran dan untuk memastikan ketepatan Data Peribadi pada setiap masa dan tidak akan menyimpan Data Peribadi lebih lama dari tempoh yang sepatutnya bagi tujuan permohonan ini dan penyelenggaraan Kontrak Polisi.*

Declarations / *Pengisytiharan*

Personal Data / *Data Peribadi*
I hereby give consent to the following for the purpose of processing this form / *Saya dengan ini bersetuju dengan butiran berikut bagi tujuan memproses borang ini:*

a) **to Gibraltar BSN Life Berhad to hold, use or disclose my Personal Information to any hospital, clinic, physician, specialist, insurance or reinsurance companies, professional adviser or bodies, Life Insurance Association of Malaysia, Financial Mediation Bureau, Insurance Services of Malaysia, organization, institution or person(s) and authorized agents or representatives. /** *Gibraltar BSN Life Berhad untuk menyimpan, mengguna atau mendedahkan Data Peribadi saya kepada mana-mana hospital, klinik, pegawai perubatan, doktor pakar, syarikat insurans atau insurans semula, penasihat atau badan profesional, Persatuan Insurans Hayat Malaysia, Ombudsman bagi Perkhidmatan Kewangan, Insurance Services Malaysia Berhad, organisasi, institusi atau orang perseorangan dan ejen atau wakil berdaftar.*
b) **to any hospital, clinic, physician, specialist, insurance or reinsurance companies, professional adviser or bodies, Life Insurance Association of Malaysia, Financial Mediation Bureau, Insurance Services of Malaysia, organization, institution of person(s) and authorized agents or representatives to hold, use or disclose my **Personal Information to Gibraltar BSN Life Berhad and/or its authorize representatives. /** *Untuk mana-mana hospital, klinik, pegawai perubatan, pakar perubatan, syarikat insurans atau insurans semula, penasihat atau badan profesional, Persatuan Insurans Hayat Malaysia, Ombudsman bagi Perkhidmatan Kewangan, Insurance Services Malaysia Berhad, organisasi, institusi atau orang perseorangan dan ejen atau wakil berdaftar untuk menyimpan, mengguna atau mendedahkan **Data Peribadi saya kepada Syarikat dan / atau wakil-wakil berdaftar*

For Investment Linked Policies only (Inclusion of Supplementary Benefits) / *Untuk Polisi Rangkaian Pelaburan sahaja (Termasuk Faedah Tambahan)*

AUTHORISATION TO CHARGE PREMIUM OF SUPPLEMENTARY CONTRACT(S) TO ACCOUNT VALUE / *KEBENARAN UNTUK MENGENAKAN PREMIUM TAMBAHAN KONTRAK KE NILAI AKAUN*

I, the Policyowner / Life Assured under the above mentioned Policy, hereby instruct Gibraltar BSN Life Berhad, upon approval of the above mentioned application, and subject to the terms and conditions of the Policy to charge the Account Value automatically for the premium of the supplementary contract(s) applied herein on the Supplementary Benefit (Rider) Commencement Date and on each monthly anniversary of the Commencement Date thereafter and whilst the Policy is maintained in force in accordance with the Premium Holiday provision of the Policy. / *Saya, Pemegang Polisi / Orang yang Diinsuranskan di bawah Polisi yang disebut di atas, dengan ini mengarahkan Gibraltar BSN Life Berhad, setelah mendapat kelulusan permohonan di atas, dan tertakluk kepada terma dan syarat Polisi untuk mengecaj Nilai Akaun secara automatik untuk premium tambahan kontrak yang digunakan di sini pada Tarikh Permulaan Tambahan (Rider) dan pada setiap ulang tahun bulanan Tarikh Permulaan selepas itu dan sementara Polisi itu dikuatkuasakan selaras dengan peruntukan Perlepasan Premium.*

Financial Alterations / Reinstatement / *Pindaan Kewangan / Penghidupan Semula*
I hereby in my capacity as / *Sesungguhnya saya sebagai*

- **the Life Assured /** *Orang yang Diinsuranskan*
- **the Policyowner, Legal Guardian of the Life Assured who is a minor /** *Pemegang Polisi, Penjaga Sah ke atas Orang yang Diinsuranskan yang masih di bawah umur*
- **the authorized person to endorse this application on behalf of the Policyowner (Policyowner is a Corporate Body) /** *Orang yang dibenarkan untuk mengesahkan permohonan ini bagi Pemegang Polisi (sekiranya Pemegang Polisi merupakan Badan Korporat)*

Hereby declare that / *Dengan ini mengisytiharkan bahawa:*

a) **I am aware that it is my pre-contractual duty of disclosure that I 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 am to answer the questions fully and accurately/correctly; /** *Saya sedar bahawa ini adalah tanggungjawab pendedahan pra-kontrak saya yang perlu saya jalankan dengan munasabah untuk tidak memberi gambaran yang salah sebagai contoh tidak memberi jawapan/maklumat yang palsu apabila menjawab sebarang soalan yang ditanyakan oleh Syarikat dan saya hendaklah menjawab kesemua soalan dengan penuh dan tepat/benar;*
b) **I have read and understood the contents of the application form including all warnings and notices therein and I have fully and accurately answered all the questions in the application form and the other questions asked by the Company, if any, after having fully read and understood the questions. /** *Saya telah membaca dan memahami isi kandungan borang permohonan termasuk semua amaran dan notis di dalamnya dan saya sepenuhnya dan secara tepat menjawab semua soalan dalam borang cadangan/ permohonan dan soalan-soalan lain yang ditanyakan oleh Syarikat, jika ada, selepas membaca sepenuhnya dan memahami soalan.*
c) **I am aware that I must inform the Company of any change to the answers given in the application form if the change occurred after I have submitted the application form but before the Contract is entered into /** *Saya sedar bahawa saya harus memberitahu Syarikat terhadap sebarang perubahan kepada jawapan yang diberikan di dalam borang permohonan jika perubahan itu berlaku selepas saya menyerahkan borang permohonan / cadangan tetapi sebelum kontrak tersebut ditandatangani.*
d) **I fully understand that my answers and/or statements given in respect of the questions asked by the Company, and any other relevant documents completed by me 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 application or not and the rates and terms to be applied; /** *Saya memahami sepenuhnya bahawa jawapan dan/atau kenyataan saya diberikan berkenaan dengan soalan-soalan yang ditanyakan oleh Syarikat, dan sebarang dokumen lain yang berkaitan yang dilengkapi oleh saya berhubung dengan permohonan / cadangan dan di dalam sebarang laporan atau pindaan perubatan (secara kolektif dirujuk sebagai "maklumat") adalah relevan terhadap Syarikat dalam memutuskan sama ada untuk menerima permohonan / cadangan saya atau tidak dan untuk menentukan kadar dan terma yang diguna pakai.*
e) **I am aware that if any of my answers or statements or information given by me is not accurate/ correct, the Policy may be avoided, my claim denied or reduced, the terms of the Policy changed or varied, or the Policy terminated. /** *Saya sedar bahawa jika sebarang jawapan atau pernyataan saya atau maklumat yang diberikan oleh saya adalah tidak tepat / benar, Polisi itu boleh dibatalkan, tuntutan saya akan ditolak atau dikurangkan, terma Polisi akan ditukar atau diubah, atau Polisi itu akan ditamatkan.*
f) **I understand and agree that the insurance coverage applied for shall not take effect unless and until written acceptance of this offer is communicated by the Company during my lifetime and good health /** *Saya faham dan bersetuju bahawa perlindungan insurans yang dipohon tidak akan berkuatkuasa kecuali dan sehingga penerimaan bertulis tawaran ini disampaikan oleh Syarikat ketika hayat saya dan kesihatan yang baik.*
g) **The Sales Intermediary/Agent has explained the essential information on the major features of the product(s) selected above to my satisfaction. I have given to the Sales Intermediary / Agent no other information, except as written in this application /** *Pegawai Perantara / Ejen telah memberi penerangan dan maklumat penting mengenai ciri-ciri utama produk- produk yang terpilih dan saya berpuas hati dengan penerangan tersebut; dan satu Helaian Pendedahan Produk telah diberikan kepada saya oleh Pegawai Perantara tersebut. Saya tidak memberi sebarang maklumat lain kepada Pegawai Perantara / Ejen tersebut kecuali seperti yang dinyatakan di dalam borang permohonan ini.*

h) **The suicide clause shall recommence as of the approval date of this application (reinstatement effective date) and where the supplementary rider(s) applied above expressly state a 'waiting period' before a claim could be considered, such 'waiting period' shall take effect from the effective date of the notice of reinstatement issued thereunder. /** *Klausa bunuh diri hendaklah bermula semula pada tarikh kelulusan permohonan ini (tarikh Penghidupan Semula) dan di mana faedah tambahan yang diterapkan di atas menyatakan dengan jelas suatu tempoh menunggu sebelum suatu tuntutan boleh dipertimbangkan, tempoh menunggu sedemikian berkuatkuasa dari tarikh kuatkuasa notis Penghidupan Semula yang dikeluarkan di bawahnya.*

Signed at / *Ditandatangani di*_____________________**this /** *bertarikh pada*_______________**day of /** *haribulan*_____________***20***_______

Signature of Policyowner / Assignee / *Tandatangan Pemegang Polisi / Pemegang Serah Hak*	**Signature of Life Assured / Parent (if Life Assured is a minor) /** *Tandatangan Orang yang Diinsuranskan / IbuBapa (Jika Orang yang Diinsuranskan masih di bawah umur)*	**Signature of Witness /** *Tandatangan Saksi*
Name / *Nama:*	**Name /** *Nama:*	**Name /** *Nama:*
Date */ Tarikh :*	**Date** */ Tarikh :*	**NRIC No. /** *No. KP:*
		Date */ Tarikh :*

Trustee Consent / *Kebenaran Pemegang Amanah*
I/We, the Trustee(s) / Nominee(s), hereby give my/our consent to the said financial alteration(s) requested. / *Saya/Kami, Pemegang Amanah / Penama mengizinkan permohonan pindaan yang dinyatakan.*

Signature of Nominee / Trusteee / *Tandatangan Pemegang Amanah / Penama*	**Signature of Nominee / Trusteee /** *Tandatangan Pemegang Amanah / Penama*	**Signature of Witness /** *Tandatangan Saksi*
Name / *Nama:*	**Name /** *Nama:*	**Name /** *Nama:*
Date */ Tarikh :*	**Date** */ Tarikh :*	**NRIC No. /** *No. KP:*
		Date */ Tarikh :*