



Archipelago Life Insurance Limited [A Life Insurer Licensed by Labuan FSA] Co. No. LL09829 | Licence No. IS2013141

Registered Office Address :
Brumby Centre, Lot 42,
Jalan Muhibbah,
87000 Labuan FT, Malaysia.

Co-located Office :
B-08-07, Gateway Corporate Suites,
Gateway Kiaramas, No.1 Jalan Desa Kiara,
Mont Kiara, 50480 Kuala Lumpur, Malaysia.

Phone : +6 (03) 6201 0899
Fax : +6 (03) 6201 0481
Email : info@archipelagolife.com
URL : www.archipelagolife.com

GROUP TERM ASSURANCE PROPOSAL FORM | BORANG CADANGAN

Certificate No. /
No. Sijil:

IMPORTANT NOTICE

Pursuant to Section 192 of The Labuan Financial Services and Securities Act 2010, you are to take reasonable care not to make a misrepresentation when answering any questions in the proposal form or in any request made by the Company before the certificate is issued, varied or renewed/reinstated. In addition, you are also required to take reasonable care to disclose to the Company any matter that you know to be relevant to the decision of the Company on whether to accept this proposal or not and the rates and terms to be applied and this duty to exercise utmost good faith is extended to all your dealings with the Company after the certificate has been issued varied or renewed/reinstated, including the making of a claim.

NOTIS PENTING

Menurut Seksyen 192 Akta Perkhidmatan Kewangan dan Sekuriti Labuan 2010, anda dikehendaki menyatakan dengan jujur dan lengkap di dalam borang cadangan ini atau di dalam mana-mana permintaan yang dibuat oleh Syarikat sebelum sijil dikeluarkan, diperbaharui/dikuatkuasa semula. Dalam pada itu, anda juga dikehendaki mendedahkan segala maklumat yang anda tahu berkenaan keputusan Syarikat samada untuk menerima cadangan Asurans hayat ini atau tidak dan menuruti segala kadar serta syarat-syarat yang ditetapkan dalam segala urusan dengan Syarikat selepas sijil dikeluarkan, diperbaharui/dikuatkuasa semula termasuk untuk membuat tuntutan.

PARTICULARS OF PROPOSER / BUTIR-BUTIR PENCADANG

PATHLAB HEALTH MANAGEMENT (M) SDN BHD
MXM TOWER, LEVEL 1201, BLOCK A, PUSAT DAGANGAN PHILEO DAMANSARA II
NO 15 JALAN 16/11, OFF JALAN DAMANSARA, 46350 PETALING JAYA, SELANGOR

PARTICULARS OF LIFE ASSURED / BUTIR-BUTIR ORANG YANG DIASURANSKAN

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
| Name (As In NRIC/Passport) / Nama (Seperti Dalam Kad Pengenalan/Pasport): | | Nationality / Wargenegara: | |
| NRIC No. / No. Kad Pengenalan: New / Baru <input type="checkbox"/> Old / Lama <input type="checkbox"/> | | Passport No. / No. Pasport: | |
| Address / Alamat: | | | Postcode / Poskod: |
| House Telephone No. / No. Telefon Rumah: | | Mobile Phone / Telefon Bimbit: | |
| Email / Emel: | | | |
| Date of Birth (dd/mm/yyyy) / Tarikh Lahir (hh/bb/tttt): | | Gender / Jantina: <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan | |
| Race / Bangsa: <input type="checkbox"/> Malay / Melayu <input type="checkbox"/> Chinese / Cina <input type="checkbox"/> Indian / India <input type="checkbox"/> Others / Lain-lain | | Height / Ketinggian: cm | Weight / Berat: kg |
| Marital Status / Taraf Perkahwinan: <input type="checkbox"/> Single / Bujang <input type="checkbox"/> Married / Kahwin <input type="checkbox"/> Divorced / Berceraai <input type="checkbox"/> Widow / Balu <input type="checkbox"/> Widower / Duda | | | |
| Occupation / Pekerjaan: | | | |
| Please specify nature of work / Sila nyatakan tugas pekerjaan dengan jelas: | | | |

SUM ASSURED / JUMLAH DIASURANSKAN Please (✓) / Sila (✓)

Diamond Plan, SGD105,000 Platinum Plan, SGD70,000 Gold Plan, SGD35,000 Silver Plan, SGD17,500
Pelan Diamond, SGD105,000 Pelan Platinum, SGD70,000 Pelan Gold, SGD35,000 Pelan Silver, SGD17,500

HEALTH INFORMATION / INFORMASI KESIHATANIf your answer is 'Yes', please provide details / *Sekiranya jawapan anda 'Ya', sila nyatakan dengan terperinci*

| Please (✓) / Sila (✓) | Yes / Ya | No / Tidak |
|--|----------|------------|
| <p>1. Has any of your application or reinstatement for life or medical insurance ever been Declined / Rated / Modified / Postponed? <i>Adakah sebarang permohonan atau penyertaan semula insurans perubatan atau hayat anda pernah Ditolak / Dikadarkan / Diubahsuai / Ditunda?</i></p> | | |
| <p>2. Have you ever had or been treated for respiratory disease, high blood pressure, chest pain, heart disease, blood/blood vessel disease, ulcer or bowel disease, liver/gall bladder disease, renal stones or any disorder of the genito-urinary system, epilepsy, mental/nervous disorder, diabetes, cancer, AIDS, tumour or any other disease/disorder/severe injury not mentioned above? <i>Adakah anda pernah menghidapi atau anda telah diberitahu atau telah menerima rawatan bagi penyakit rawatan pernafasan, tekanan darah tinggi, sakit dada, sakit jantung, penyakit darah/saluran darah, penyakit usus atau ulser, penyakit hati/hempedu, batu karang atau sebarang gangguan system genitor-urinari, sawan, gangguan mental/saraf, kencing manis, kanser, AIDS, tumor atau sebarang panyakit/kecederaan yang teruk lain yang tidak dinyatakan diatas?</i> If 'yes', please state details / <i>Jika 'ya', sila nyatakan dengan terperinci.</i></p> | | |
| <p>3. Has any member of your immediate family ever suffered from or died of cancer, diabetes, hypertension, stroke, kidney disease, heart disease, nervous disorder, mendel disease, hereditary or congenital disease or any AIDS related condition? <i>Adakah ibubapa kandung atau adik-beradik anda menghidap atau meninggal dunia akibat kanser, kencing manis, darah tinggi, angin ahmar, penyakit buah pinggang, penyakit jantung, sakit jiwa atau apa-apa jenis penyakit sejak lahir atau sebarang keadaan yang berkaitan dengan AIDS?</i> If yes, give details below / <i>Jika ya, sila beri keterangan lengkap:-</i></p> | | |
| <p>4. In the past 5 years, have you had any diagnostic test (such as X-ray, electrocardiogram or blood study) done due to medical reasons and/or any serious illness, operation, medical advice or hospital treatment not mentioned above? <i>Dalam tempoh 5 tahun lepas, pernahkah anda menjalani sebarang ujian diagnostic (seperti sinaran-X, elektrokardiogram atau ujian darah) dilakukan atas sebab-sebab perubatan dan/atau sebarang penyakit yang serius, pembedahan, khidmat nasihat perubatan atau rawatan hospital yang tidak dinyatakan diatas?</i></p> | | |
| <p>5. Have you ever used any habit forming drugs / narcotics / alcohol excessively / smoking more than 20 cigarettes a day? <i>Adakah anda pernah mengambil dadah / narkotik / ketagihan arak (meminum arak secara berlebihan) / merokok melebihi 20 batang sehari?</i></p> | | |
| <p>6. Is there any other fact, circumstances or information regarding your health which was not specifically mentioned above? <i>Adakah terdapat fakta-fakta, keadaan atau informasi berkenaan dengan kesihatan anda yang lain yang tidak dinyatakan diatas?</i></p> | | |
| <p>7. Female only / <i>Untuk wanita sahaja</i> (a) Are you now pregnant? (if 'yes', how many months) <i>Adakah anda sedang hamil? (Jika 'ya', berapa bulan)</i> (b) Have you ever had any disorder of the breast or female organs, or complication at birth? <i>Pernahkah anda mengalami sebarang komplikasi semasa bersalin atau penyakit payudara atau organ wanita?</i></p> | | |

PARENT / GUARDIAN CONSENT / KEBENARAN IBUBAPA / PENJAGA

NOTICE

Parent or legal guardian's consent is required if Proposer is aged less than 18 years at the time of proposing for a life certificate.

Pursuant to Malaysia Law, I the parent / legal guardian of the proposer hereby consent to his / her taking a Life certificate with Archipelago Life Insurance Limited and/or assigning It.

If guardian: Attach copy of adoption certificate.

Name of Parent / Guardian
Nama Iubapa / Penjaga

NOTIS

Kebenaran ibubapa / penjaga diperlukan jika pencadang berumur dibawah 18 tahun semasa membuat cadangan untuk Asurans hayat.

Menurut Undang-Undang Malaysia, Saya sebagai Iubapa / Penjaga yang sah dengan ini membenarkan pencadang memiliki satu Sijil Hayat dengan Syarikat Archipelago Life Insurance Limited atau menyerahkannya.

Jika penjaga: Sila kepilkan sijil anak angkat.

Signature of Parent / Guardian
Tandatangan Iubapa / Penjaga

NOMINATION FORM | BORANG PENAMAAN

Please read the following carefully before you appoint your nominee(s).

Beneficiaries for Proceeds:

- Beneficiary(ies) are only entitled to the benefit upon death of the life assured.
- You may nominate one or more beneficiaries under this policy. Please ensure you provide NRIC/Passport no. of the beneficiary (ies); otherwise the Nomination of a Beneficiary will not be accepted.
- You may change the beneficiaries appointed in this application by notifying Archipelago Life Insurance Limited in writing and which must be received before your death.
- If no beneficiary is nominated, the executor of your estate will advise Archipelago Life Insurance Limited of the natural person(s) entitled to receive the proceeds, failing which the proceeds may be payable to your estate subject to the requirements of the regulatory authority and/or legislation.
- In accordance with the Labuan Financial Services and Securities Act 2010 (LFSSA 2010):
 - Section 121 - It states that a nomination by a policy owner, other than a Muslim policy owner, shall create a trust in favour of the nominee of the policy monies payable upon the death of the policy owner IF the nominee is a spouse or child of the policy owner, or where there is no spouse or child living at the time of nomination, the nominee is the parent. A payment under this section shall NOT form part of the estate of the deceased policy owner or be subject to his/her debts; OR
 - Section 122 - It states that a nominee, other than a nominee under Section 121, shall receive the policy monies payable on the death of the policy owner as an executor and not solely as a beneficiary and any payment to the nominee shall form part of the estate of the deceased policy owner and be subject to his debts. This section also applies to a nominee of a Muslim policy owner who, on receipt of the policy monies, shall distribute the policy monies in accordance with the Shariah Principles.

I, the Proposer / Certificate Owner of the abovementioned Proposal for Assurance / Certificate, hereby appoint the following person(s) as Nominees to receive all certificate moneys payable only upon my death. I further declare that I shall deal with the certificate on the terms specified above.

Sila baca terlebih dahulu dengan teliti sebelum tuan/puan melantik penama.

Benefisiari Untuk Hasil

- Benefisiari hanya berhak mendapat manfaat apabila berlaku kematian orang yang diasuranskan.
- Anda boleh menamakan satu atau lebih benefisiari di bawah polisi ini. Sila pastikan anda menyediakan kad pengenalan / pasport benefisiari; jika tidak, Pencalonan Benefisiari tidak akan diterima.
- Anda boleh menukar benefisiari yang dilantik dalam permohonan ini dengan memaklumkan Archipelago Life Insurance Limited secara bertulis dan yang mesti diterima sebelum kematian anda.
- Jika tiada benefisiari yang dicalonkan, pentadbir harta anda akan menasihati Archipelago Life Insurance Limited orang sebenar(s) yang berhak menerima hasil, jika tidak hasil itu boleh dibayar kepada harta anda tertakluk kepada syarat-syarat pihak berkuasa kawal selia dan/atau perundangan.
- Selaras dengan Akta Perkhidmatan Kewangan dan Sekuriti Labuan 2010 (LFSSA 2010):
 - Seksyen 121 - Lanya menyatakan bahawa penamaan oleh pemunya polisi, selain pemunya polisi yang beragama Islam, hendaklah mewujudkan suatu amanah memihak kepada penama bagi wang polisi yang kena dibayar atas kematian pemunya polisi JIKA penama adalah seorang suami atau isteri atau anak pemunya polisi itu, atau jika tiada suami atau isteri atau anak yang hidup pada masa penamaan itu, penama adalah ibu bapa. Bayaran di bawah seksyen ini tidak boleh menjadi sebahagian daripada harta pemunya polisi yang mati atau tertakluk kepada hutangnya; ATAU
 - Seksyen 122 - Lanya menyatakan bahawa penama, selain penama di bawah seksyen 121, hendaklah menerima wang polisi yang kena dibayar atas kematian pemunya polisi sebagai wakil dan bukan semata-mata sebagai benefisiari dan apa-apa bayaran kepada penama itu hendaklah menjadi sebahagian daripada harta pemunya polisi yang mati dan tertakluk kepada hutangnya. Seksyen ini juga terpakai bagi seseorang penama pemunya polisi beragama Islam yang, apabila menerima wang polisi itu, hendaklah membahagikan wang polisi itu mengikut prinsip Shariah.

Saya, Pencadang / Pemegang Sijil untuk Cadangan untuk Asurans / Sijil di atas, dengan ini melantik nama-nama seperti berikut sebagai penama-penama ke atas sijil ini untuk menerima semua wang sijil hanya selepas kematian saya. Saya mengisytiharkan bahawa saya akan berurusan berkenaan sijil ini dengan mematuhi syarat-syarat yang tercatat diatas.

Proposal No. / No Cadangan:

| Name and Address of Nominee(s) Nama dan Alamat Penama-penama | NRIC/BC/Passport No. No. KP/SK/Pasport | Date of Birth Tarikh Lahir | Relationship Hubungan | % of Share % Bahagian |
|---|---|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Signature of Proposer / Certificate Owner
Tandatangan Pencadang / Pemegang Sijil

Name / Nama:

NRIC No. / No. KP:

Address / Alamat:

Signature of Witness
Tandatangan Saksi

Name / Nama:

NRIC No. / No. KP:

Address / Alamat:

For **NON-MUSLIM**, you are advised to appoint a trustee in order to create a trust certificate.

NOTE: The trustee portion of this form is not applicable to Muslim certificate owners or nomination other than under Labuan Financial Services and Securities Act 2010.

Untuk **BUKAN ISLAM**, anda dinasihatkan agar melantik pemegang amanah supaya sijil anda adalah sijil amanah.

PERHATIAN: Bahagian pemegang amanah tercatat dibawah tidak perlu kepada seorang pemegang sijil atau penama beragama Islam selain daripada Akta Perkhidmatan Kewangan dan Sekuriti Labuan 2010.

I consent to act as trustee to the above mentioned certificate.

Saya dengan ini bersetuju bertindak sebagai pemegang amanah terhadap sijil yang tersebut diatas.

Signature of Trustee / *Tandatangan Pemegang Amanah*

Name / *Nama:*

NRIC No. / *No. KP:*

Address / *Alamat:*

Signature of Witness / *Tandatangan Saksi*

Name / *Nama:*

NRIC No. / *No. KP:*

Address / *Alamat:*

Note: The certificate owner must be at least 18 years of age to be legally eligible to nominate and the witness must be at least 18 years of age and cannot be a named nominee.

Nota: Pemegang sijil mestilah sekurang-kurangnya berumur 18 tahun untuk berhak melantik penamaan dan saksi hendaklah berumur tidak kurang daripada 18 tahun dan tidak boleh daripada penama yang dilantik.

Signed at / *Ditandatangani di* _____ on / *pada* _____ / 20 _____
(Place / *Tempat*) (Date / *Haribulan*) (Month / *Bulan*) (Year / *Tahun*)

DECLARATION AND AUTHORISATION / PENGAKUAN DAN PENGESAHAN

I / We declare that the information given in this proposal together with any other documents or questionnaires and/ or any additional information supplied to **Archipelago Life Insurance Limited** (hereinafter referred to as the Company) in connection with this proposal form or the Medical Examiner of the Company, are complete, accurate and true whether written by me or on my behalf and that no information has been withheld. I / We also agree that the company may void the certificate (if issued) if there is any non-disclosure, misrepresentation, inaccuracy or omission. I / We understand that the information given in this proposal and any information made to the Company or to the Medical Examiner of the Company shall be the basis of the contract for Assurance. I/We agree to pay the Company all medical expenses incurred should I / We fail to take up this certificate at standard rates. I / We agree that there shall be no liability upon the Company until the first premium is paid in full and the certificate issued. I / We further agree that prior to the issue of the certificate should there be any change in the state of health and circumstances of the Life to be Assured/Proposer between the date of this proposal form and completion of this certificate contract must be communicated in writing to the Company.

I / We give consent to the Company seeking medical information on the Life Assured from any doctor who at any time has attended to the Life Assured or seeking information from any Assurance/ insurance office, organisation or person on any relevant information concerning the Life Assured and I / We authorise the giving of such information. A photocopy of this authorisation shall be as valid as the original.

I / We further declare that in the filling up, completion or answering of this proposal form and in the negotiation leading to the filling up, completion or answering of this proposal form:

- (a) I / We have given to your agent no other information, except that is written in this proposal form and that to the best of my/our knowledge and belief, your agent has given no other information or knowledge relating to any circumstances relevant to the acceptance of this risk.
- (b) I / We am / are submitting this proposal independent of any statement which your agent may have made contrary to the provision contained in the Company's standard certificate or which may have been intended to influence my filling up, completion or answering of this proposal form.

I / We, understand and agree that any personal information collected or held by the Company (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used, processed and disclosed by the Company to individuals and / or organizations related to and associated with the Company or any selected third party (within or outside Malaysia, including medical institutions, reinsurers, claim adjusters / investigators, solicitors, industry associations, regulators, statutory bodies and government authorities) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this and other financial products and services and to communicate with me/us for such proposes.

I / We understand that I / We have a right to obtain access to and to request correction of any personal information held by the Company concerning me / us. Such request can be made to any of our customer services centre of the company.

Saya / Kami dengan ini mengaku bahawa sebarang maklumat yang diberikan di dalam borang cadangan ini bersama-sama dokumen yang lain atau borang soal selidik dan/atau maklumat tambahan yang lain yang diberikan kepada **Archipelago Life Insurance Limited** (Syarikat) berkaitan dengan borang cadangan ini atau Pegawai Perubatan Syarikat adalah lengkap, tepat dan benar sama ada ditulis oleh saya sendiri atau ditulis bagi pihak saya dan tiada sebarang maklumat yang terselindung. Saya / Kami juga bersetuju bahawa Syarikat akan membatalkan sijil (jika dikeluarkan) jika terdapat apa-apa yang tidak dinyatakan, kenyataan yang salah, ketidaktepatan atau tertinggal. Saya / Kami memahami bahawa semua maklumat yang diberikan di dalam borang cadangan atau kepada syarikat atau Pegawai Perubatan Syarikat akan menjadi asas perjanjian kontrak Asurans. Saya / Kami bersetuju untuk membayar balik kesemua perbelanjaan perubatan sekiranya saya/kami tidak bersetuju menerima sijil yang akan dikeluarkan dengan kadar biasa. Saya / Kami bersetuju bahawa Syarikat tidak bertanggungjawab terhadap sebarang tuntutan sehingga premium pertama dijelaskan dengan sepenuhnya dan sijil dikeluarkan. Saya / Kami juga bersetuju selanjutnya bahawa sekiranya ada sebarang perubahan di dalam kesihatan dan keadaan Hayat yang Dilindungi/Pencadang diantara tarikh borang cadangan dan kelengkapan kontrak sijil mestilah dibuat secara bertulis kepada Syarikat.

Saya / Kami mengizinkan Syarikat mendapatkan keterangan daripada sebarang doktor yang merawat Orang yang Diasuranskan pada bila-bila masa atausebarang keterangan dari pejabat Asurans, Syarikat atau sesiapa berhubung dengan Orang yang Diasuranskan dan saya / kami membenarkan pemberian keterangan itu. Salinan fotokopi pengakuan ini adalah sah seperti asal.

Saya / Kami juga mengakui bahawa di dalam mengisi, memenuhi dan menjawab borang cadangan ini dan dalam perundingan terhadap perjanjian Asurans:-

- (a) Saya / Kami tidak memberi sebarang maklumat selain daripada yang tertulis di dalam cadangan ini dan pada pengetahuan dan kepercayaan saya / kami Ejen tuan tidak memberi apa-apa maklumat atau pengetahuan, berkaitan dengan apa jua keadaan dalam penerimaan risiko ini.
- (b) Saya / Kami mengemukakan permohonan ini bebas dari apa-apa kenyataan yang dibuat oleh wakil berkenaan yang bertentangan dengan peruntukan yang terkandung dalam sijil rasmi syarikat yang mungkin mempengaruhi semasa mengisi, memenuhi atau menjawab borang cadangan.

Saya / Kami memahami dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi yang dikumpulkan atau disimpan oleh Syarikat (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh disimpan, digunakan, diproses dan dimaklumkan kepada individu/organisasi yang berhubung dan berkaitan dengan syarikat atau mana-mana pihak ketiga yang dipilih (di dalam atau luar Malaysia, termasuk syarikat-syarikat Reinsurans, penyasat tuntutan dan persatuan/persekutuan industri) bagi tujuan memproses permohonan ini dan memberikan khidmat seterusnya untuk produk dan khidmat kewangan yang lain dan untuk berkomunikasi dengan saya/kami untuk tujuan tersebut.

Saya / Kami faham bahawa saya/kami berhak memperoleh akses, dan memohon pembetulan sebarang maklumat peribadi yang disimpan oleh Syarikat berkaitan dengan saya/ kami. Permohonan seperti itu boleh dibuat di mana-mana Pusat Khidmat Pelanggan Syarikat.

Note: If Life Assured is below 18 years old, the parent or legal guardian must sign and complete below information.

Nota: Sekiranya Orang yang Diasuranskan adalah anak berumur bawah 18 tahun, ibubapa/penjaga harus menandatangani dan melengkapkan informasi dibawah.

Signature of Life Assured / / Parent / Legal Guardian
Tandatangan Orang yang Diasuranskan / Ibubapa / Penjaga

Signature of Witness / *Tandatangan Saksi*

Name of Life Assured / Parent / Legal Guardian
Nama Orang yang Diasuranskan / Ibubapa / Penjaga

Name of Witness / *Nama Saksi*

Identity Card No. / *No. Kad Pengenalan*

Identity Card No. / *No. Kad Pengenalan*

Date / *Tarikh:*

Date / *Tarikh:*

Note:

- (a) Please ensure that you receive an individual certificate of insurance as proof of covered.
- (b) If you do not received the certificate of insurance within sixty (60) days from submission of your proposal form, please follow-up with the master policyholder or contact the insurance company.

Nota:

- (a) Sila pastikan anda menerima sijil insurans Individu sebagai bukti perlindungan insurans.
- (b) Jika anda tidak menerima sijil insurans dalam tempoh enam puluh (60) hari dari tarikh penghantaran borang cadangan, sila rujuk kepada pemegang polisi utama atau hubungi pihak syarikat insurans.



Archipelago Life Insurance Limited [A Life Insurer Licensed by Labuan FSA] Co. No. LL09829 | Licence No. IS2013141

Registered Office Address :
Brumby Centre, Lot 42,
Jalan Muhibbah,
87000 Labuan FT, Malaysia.

Co-located Office :
B-08-07, Gateway Corporate Suites,
Gateway Kiaramas, No.1 Jalan Desa Kiara,
Mont Kiara, 50480 Kuala Lumpur, Malaysia.

Phone : +6 (03) 6201 0899
Fax : +6 (03) 6201 0481
Email : info@archipelagolife.com
URL : www.archipelagolife.com