

TERMS AND CONDITIONS - English Version

YOUR ATTENTION IS DRAWN TO THE BENEFITS UNDER THIS SCHEME

50% of the sum assured will be payable upon the following events:

- (i) Death due to Pre-Existing Disorder (as defined in the Master Policy) in the first 2 years of commencement of insurance;
- (ii) Total and Permanent Disability in the first 6 months of commencement of insurance; or
- (iii) Critical Illness diagnosed in the first 6 months of commencement of insurance.

No benefit shall be payable for any Total and Permanent Disability arising from any pre-existing Total and Permanent Disability or pre-existing Critical Illness; or any Critical Illness diagnosed in the first 60 days from Risk Commencement Date, or any Critical Illness claim arising from pre-existing Critical Illness.

Other than as stated above, the full claim will be payable upon death, Total and Permanent Disability or Critical Illness, subject to the terms and conditions of the Master Policy.

Benefits are set out in the Master Policy.

The Scheme requires a minimum participation of 500 persons. The Company reserves the right to terminate the Scheme if at any given time the participation falls below the minimum requirement, and pay the current fund value to the remaining participants.

FOR CHILD - DEATH, TOTAL AND PERMANENT DISABILITY AND CRITICAL ILLNESSES

Upon the death, Total and Permanent Disability or Critical Illnesses of the Assured Child who is 5 years (age next birthday) or older at the time of his death, Total and Permanent Disability or Critical Illnesses diagnosed, the Basic Sum Assured under this policy will be payable in full. In the case of death, Total and Permanent Disability or Critical Illnesses of an Assured Child below the age of 5 years (age next birthday) at the time of his death, Total and Permanent Disability or Critical Illnesses diagnosed the Basic Sum Assured payable under the policy shall be reduced in accordance with the age next birthday of the Assured Child. The Basic Sum Assured under the Policy will be payable in one lump sum in accordance with the following table:

Age next birthday	Percentage of Basic Sum Assured
1	20%
2	40%
3	60%
4	80%
5	100%

Upon Total and Permanent Disability after age 6 of the child, 10% of the Sum Assured of the policy will be advanced and the balance which is 90% will be payable one calendar year later.

DECLARATION AND AUTHORIZATION BY LIFE TO BE ASSURED AND MEMBER

I/We hereby declare and agree to the following on behalf of myself/ourselves and any person or entity who may have or claim any interest in the policy issued pursuant to this proposal form.

1. All the foregoing statements and answers in this proposal form together with any other documents or questionnaires submitted in connection with this proposal form and all statements made and answers given to the Company's medical examiner(s), are complete and accurate ("the Information") and I/we understand that the Information given by me/us is relevant to the Company in deciding whether to accept my/our proposal or not and the rates and terms to be applied. The Company may void the policy contract (if issued), deny or reduce my/our claim, or change or vary the terms of the policy contract, if there is any non-disclosure, misrepresentation, misstatement, inaccuracy or omission.

2. I would like to receive updates and information about products, services, promotions, charitable causes or other marketing information about, and from, the affiliates, business and strategic partners of the Company.

3. I/We have fully read and understood all the contents of, and the warnings and advice contained in this proposal form.

4. I/We have fully read and understood the Data Protection Notice above and I/we agree that the Company may process the personal information in the manner set out in the said Notice.

5. I/We declare that any funds and/or assets I/we place with the Company, as well as any profits that they generate, comply with the tax laws of the country(ies) where I/we am/are resident(s), as well as the tax laws of the country(ies) of which I/we am/are citizen(s).

6. I/We confirm that I am/we are not undischarged bankrupt(s) and that no unsettled demand(s) for payment in the form of Order(s), Judgement(s) or Bankruptcy Notice(s), had been served on me/us.

7. I/We hereby authorize any doctor, medical practitioner, physician, hospital, laboratory, surgeon, nurse, medical staff, clinic, insurance company, organization or institution, that has any records or knowledge of me/us or my/our health, to disclose to the Company or its representative any information about me/us, my/our health, medical history and any hospitalization, advice treatment, disease or ailment, and I/we authorize the Company and its representative to give and release any such information to any party to process this application and for the administration, analysis or processing of claim. A photocopy of this authorization shall be effective and valid as the original.

8. FOR INVESTMENT-LINKED POLICIES: I/We hereby irrevocably authorise the Company to deduct the monthly insurance charges for Basic Benefit and all the attaching Investment-Linked Optional Benefits (or riders), if any, from the Total Investment Value of my/our proposed policy in all circumstances including but not limited to the event when any premium due is not paid. I/We further understand and agree that concurrent deduction for policy fee will also be made by the Company. All these deductions shall be made in accordance with the terms and conditions as specified in my/our proposed policy.

9. For Member only

In the event the Company becomes aware that I and/or any other named insured(s) am or have become a prohibited person, meaning a person/entity who is subject to any laws, regulations and/or sanctions administered by any governmental or regulatory authorities or

any competent authority or law enforcement in any country, I agree that the Company may suspend, terminate or void the policy or my insurance coverage under the policy, whichever applicable, with effect from the appropriate date or from inception, as appropriate and at the sole discretion of the Company, and shall not be required to transact any business with me in connection with the policy, including but not limited to, making or receiving any payments under the policy or proposal submitted or any cover note issued, whichever applicable.

Further, in the event the Company becomes aware that any of the Life Assured, Trustee, Assignee, Beneficiary, Beneficial Owner and/or Nominee and/or Mortgagee/Financier named in or connected with the policy is or has become a prohibited person, I agree that the Company may suspend, terminate, or void the policy or my insurance coverage under the policy, whichever applicable, with effect from the appropriate date or from inception, as appropriate and at the sole discretion of the Company, and shall not be required to transact any business in connection with the policy, including but not limited to, making or receiving any payments under the policy or proposal submitted or any cover note issued, whichever applicable.

Under any of the above circumstances, the Company shall not be deemed to provide cover and/or be liable to pay any claim or benefits under the policy or proposal submitted or any cover note issued, whichever applicable.

LIVE GREAT PROGRAMME

UPGREAT your day instantly with the LIVE GREAT Programme mobile rewards. Download the UPGREAT Malaysia App now to enjoy the privileges. You'll be entitled to a wide range of health and wellness privileges on UPGREAT, your all-in-one rewards platform that makes any day GREAT with dining, lifestyle and shopping rewards. The full terms of use can be found at <https://www.greateasternlife.com/my/en/personal-insurance/live-great/mobile-apps/upgreat/termsfuse.html> The UPGREAT App can be downloaded from App Store or Google Play.

TERMA DAN SYARAT - Versi Bahasa Malaysia

SILA AMBIL PERHATIAN TERHADAP MANFAAT DI BAWAH SKIM INI

50% daripada Jumlah Asurans akan dibayar untuk kejadian di bawah : (i) Kematian disebabkan oleh Penyakit yang sedia ada (seperti ditakrifkan dalam Polisi Induk) dalam tempoh 2 tahun pertama daripada tarikh permulaan insurans ; (ii) Hilang Upaya Total dan Kekal dalam tempoh 6 bulan pertama daripada tarikh permulaan insurans; atau (iii) Penyakit Kritikal didiagnosis dalam tempoh 6 bulan pertama daripada tarikh permulaan insurans.

Tiada manfaat akan dibayar untuk sebarang tuntutan Hilang Upaya Total dan Kekal atau Penyakit Kritikal disebabkan sebarang Hilang Upaya Total dan Kekal atau Penyakit Kritikal yang sedia ada; atau sebarang penyakit kritikal yang didiagnosis dalam tempoh 60 hari pertama daripada Tarikh Permulaan Risiko, atau sebarang tuntutan Penyakit Kritikal disebabkan Penyakit Kritikal yang sedia ada.

Selain daripada yang dinyatakan di atas, tuntutan sepenuhnya akan dibayar untuk kematian, Hilang Upaya Total dan Kekal atau Penyakit Kritikal, tertakluk kepada terma dan syarat Polisi Induk.

Segala manfaat ada disenaraikan dalam Polisi Induk.

Skim ini memerlukan penyertaan minimum seramai 500 orang ahli. Great Eastern berhak untuk membatalkan Skim Asurans Berkumpulan ini sekiranya penyertaan daripada ahli adalah kurang daripada penyertaan minimum dalam tempoh masa yang tertentu, dan nilai tabung semasa itu akan dikembalikan kepada ahli yang berkenaan.

UNTUK ANAK - KEMATIAN, HILANG UPAYA TOTAL & KEKAL DAN PENYAKIT KRITIKAL

Sekiranya berlaku kematian, Hilang Daya Upaya Total & Kekal atau Penyakit Kritikal ke atas Anak Yang Diasuranskan ketika umurnya 5 tahun (umur pada ulang tahun akan datang) atau lebih pada masa kematian, Hilang Daya Upaya Total & Kekal atau Penyakit Kritikal didiagnosis, jumlah Asurans Asas Polisi ini akan dibayar dengan penuh. Dalam keadaan di mana kematian, Hilang Daya Upaya Total & Kekal atau Penyakit Kritikal Anak Yang Diasuranskan berlaku ketika umurnya di bawah 5 tahun (umur pada ulang tahun akan datang), Jumlah Asurans Asas Polisi ini akan berkurangan berdasarkan kepada umur Anak Yang Diasuranskan pada ulang tahun akan datang. Jumlah Asurans Asas Polisi akan dibayar secara sekaligus berdasarkan jadual di bawah:

Umur pada ulang tahun akan datang	Peratusan Jumlah Asurans Asas
1	20%
2	40%
3	60%
4	80%
5	100%

Apabila menghadapi Hilang Daya Upaya Total & Kekal selepas anak berumur 6 tahun, 10% Jumlah Asurans polisi akan dibayar serta merta dan bayaran selebihnya iaitu 90% satu tahun selepas itu.

PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA OLEH HAYAT YANG DIASURANSKAN DAN AHLI

Saya/Kami mengaku dan bersetuju bagi pihak diri sendiri dan sesiapa saja atau entiti yang telah atau mungkin menuntut hak ke atas sebarang insurans yang dikeluarkan terhadap permohonan ini.

1. Semua kenyataan dan jawapan dalam borang cadangan bersama-sama dokumen yang lain atau borang soal selidik yang dihantar berkaitan dengan borang cadangan ini dan semua kenyataan dan jawapan yang diberi kepada pemeriksa perubatan syarikat, adalah lengkap dan tepat dan saya/kami faham bahawa maklumat yang saya/kami beri adalah relevan kepada Syarikat bagi menentukan sama ada cadangan saya/kami diterima atau tidak dan syarat yang akan dikenakan. Syarikat boleh menamatkan atau membatalkan kontrak polisi (jika dikeluarkan), menafikan atau mengurangkan tuntutan saya/kami atau mengubah atau menukar syarat kontrak polisi jika terdapat sebarang perkara yang tidak didedahkan, kenyataan yang salah, ketidaktepatan atau tertinggal.
2. Saya ingin mendapatkan maklumat terkini dan penerangan berkenaan produk, perkhidmatan, promosi, kerja amal atau maklumat pemasaran lain yang berkenaan dan daripada rakan sekutu, rakan kongsi perniagaan dan strategik Syarikat. Please tick if applicable Sila tandakan jika berkenaan.
3. Saya/Kami telah membaca dengan sepenuhnya dan memahami segala kandungan, dan amaran dan nasihat yang terkandung di dalam borang cadangan ini.
4. Saya/Kami telah membaca dan memahami sepenuhnya Notis Perlindungan Data di atas dan saya/kami bersetuju bahawa Syarikat boleh memproses maklumat peribadi dengan cara yang dinyatakan dalam Notis di atas.
5. Saya/Kami mengisytiharkan bahawa mana-mana dana dan/atau aset yang saya/kami tempatkan dengan Syarikat, serta apa-apa keuntungan yang diperolehi, mematuhi undang-undang cukai negara (negara-negara lain) yang mana saya/kami bermastautin, serta undang-undang cukai negara (negara-negara lain) yang saya/kami merupakan warganegara.
6. Saya/Kami mengesahkan bahawa saya/kami tidak mufliis dan tiada tuntutan untuk bayaran yang belum dilunaskan telah diserahkan kepada saya/kami dalam bentuk Perintah, Penghakiman atau Notis Mufliis.
7. Dengan ini saya/kami membenarkan mana-mana doktor, pengamal perubatan, pakar perubatan, hospital, makmal, pakar bedah, jururawat, kakitangan perubatan, klinik, syarikat insurans, organisasi atau institut yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan berkenaan saya/kami atau kesihatan saya/kami, untuk mendedahkan sebarang maklumat kepada Syarikat atau wakilnya berkenaan saya/kami, kesihatan saya/kami, sejarah perubatan dan sebarang kemasukan hospital, nasihat rawatan, penyakit atau sakit, dan saya/kami membenarkan Syarikat dan wakilnya untuk memberi dan mengeluarkan sebarang maklumat kepada mana-mana pihak bagi memproses permohonan ini dan tujuan pentadbiran, analisis atau memproses tuntutan. Salinan fotostat pengesahan ini adalah berkuat kuasa dan sah seperti asal.
8. Untuk Polisi Berkait Pelaburan: Dengan ini saya/kami secara muktamad memberi kuasa kepada Syarikat untuk memotong caj insurans bulanan untuk Manfaat Asas dan kesemua Manfaat Pilihan Berkait Pelaburan (atau rider) yang disertakan, jika ada, daripada Jumlah Nilai Pelaburan polisi cadangan saya/kami dalam semua keadaan termasuk tetapi tidak terhad kepada keadaan dimana premium belum dijelaskan. Saya/Kami seterusnya faham

dan bersetuju bahawa potongan serentak untuk yuran polisi juga boleh dilakukan oleh Syarikat. Semua potongan akan dibuat mengikut terma-terma dan syarat-syarat seperti yang disebutkan di dalam polisi cadangan.

9. Untuk Ahli sahaja

Sekiranya Syarikat menyedari bahawa saya dan/atau mana-mana individu lain yang dilindungi adalah atau telah menjadi orang yang dilarang, bermaksud seseorang/entiti yang tertakluk kepada sebarang undang-undang, peraturan-peraturan dan/atau sekatan yang ditadbir oleh mana-mana kerajaan atau pihak berkuasa kawal selia atau pihak yang berwibawa atau mana-mana penguatkuasaan undang-undang mana-mana negara, saya bersetuju bahawa Syarikat boleh menahan, menamatkan atau membatalkan polisi atau perlindungan insurans saya di bawah polisi, mana yang berkenaan, berkuat kuasa daripada tarikh yang bersesuaian atau permulaan, mengikut kewajaran dan atas budi bicara tunggal Syarikat serta tidak perlu menjalankan sebarang perniagaan berkaitan dengan polisi tersebut dengan saya, termasuklah dan tidak terhad kepada, membuat atau menerima sebarang bayaran di bawah polisi atau cadangan atau sebarang notis perlindungan yang dikeluarkan, mana yang berkenaan.

Sekiranya Syarikat menyedari bahawa mana-mana Hayat yang Diasuranskan, Pemegang Amanah, Pemegang Serah Hak, Benefisiari, Pemunya Benefisial dan/atau Penama dan/atau Pemegang Gadai Janji/Pembiaya Kewangan yang dinamakan dalam atau berkaitan dengan polisi, adalah atau telah menjadi orang yang dilarang, saya bersetuju bahawa Syarikat boleh menahan, menamatkan atau membatalkan polisi atau perlindungan insurans saya di bawah polisi, mana yang berkenaan, berkuat kuasa daripada tarikh yang bersesuaian atau permulaan, mengikut kewajaran dan atas budi bicara tunggal Syarikat serta tidak perlu menjalankan sebarang perniagaan berkaitan dengan polisi tersebut dengan saya, termasuklah dan tidak terhad kepada, membuat atau menerima sebarang bayaran di bawah polisi atau cadangan atau sebarang notis perlindungan yang dikeluarkan, mana yang berkenaan.

Di bawah mana-mana keadaan di atas, Syarikat tidak dianggap sebagai menyediakan perlindungan dan/atau bertanggungjawab untuk membayar sebarang tuntutan atau manfaat di bawah polisi atau cadangan atau sebarang notis perlindungan yang dikeluarkan, mana yang berkenaan.

PROGRAM LIVE GREAT

TINGKATKAN hari anda dalam sekelip mata dengan ganjaran mudah alih daripada Program LIVE GREAT. Muat turun aplikasi UPGREAT Malaysia sekarang untuk menikmati keistimewaan tersebut. Anda berhak mendapat pelbagai keistimewaan kesihatan dan kesejahteraan di UPGREAT, platform ganjaran semua-dalam-satu yang menjadikan setiap hari HEBAT untuk menikmati hidangan, gaya hidup dan ganjaran membeli-belah. Syarat penuh untuk penggunaan boleh didapati di <https://www.greateasternlife.com/my/en/personal-insurance/live-great/mobile-apps/upgreat/termsfuse.html> Aplikasi UPGREAT boleh dimuat turun dari App Store atau Google Play.