

Nama :

Alamat :

.....

.....

.....

No. Telefon (R) :

No. Telefon(HP) :

No.Keanggotaan :

Tarikh :

Great Eastern Life Assurance (M) Bhd
Menara Great Eastern,
303 Jalan Ampang,
50450 Kuala Lumpur

Tuan/Puan,

SKIM BERKELOMPOK GS 3423/GS 2401/ GS 134/ GS 144

NO.KAD PENGENALAN (BARU) : (LAMA)

Merujuk perkara di atas.

2 Saya berhasrat untuk :

Untuk menyambung polisi ini dengan membuat bayaran premium bulanan melalui :

() Yuran Berkumpulan

() ' Post-Dated ' Cek

() 'Bank-in ' ke dalam Koperasi

Untuk menamatkan polisi saya serta merta. Sekiranya terdapat sebarang tanggungan hutang dengan Koperasi, saya membenarkan pihak Great Eastern Life Assurance (M) Bhd membuat bayaran atas nama Koperasi Kakitangan Kementerian Pertanian Malaysia Berhad.

Sekian, terima kasih.

Yang benar,

()