

ElderShield/IDAPE CLAIM FORM

Dear Policyholder/Applicant

We are sorry to learn of your disability.

In order for us to process your claim, please:

1. Complete the attached Claim Form as best as you can. If you are unable to do so, please have it completed by your immediate family member or caregiver.
2. Call the clinic to make an appointment for the disability assessment. Please refer to the list of appointed assessors at <http://www.income.com.sg>. The fee for the assessment is to be paid by you. Please note that this is required in order for the assessor to proceed with the assessment.
3. Bring along the following for the appointment:
 - a. Completed ElderShield/IDAPE Claim Form
 - b. Completed Letter of Undertaking and Indemnity (if payee is other than the Policyholder/Applicant)
 - c. Hospital medical records and Inpatient discharge summary. Please note that this is required in order for the assessor to proceed with the assessment.
 - d. Medicine (if any)

Additional Requirements for Interim Disability Assistance Programme for the Elderly (IDAPE)

If you are claiming for benefits under the Interim Disability Assistance Programme for the Elderly (IDAPE)¹, you are advised to download the [IDAPE Application Form for Means Test](#) from Ministry of Health's website (<http://www.moh.gov.sg/>), complete and send it together with the following supporting documents to:

IDAPE Scheme
P.O Box 680
Bukit Merah Central Post Office
Singapore 911536

Supporting documents for Means Test application:

- Completed IDAPE Application Form for Means Test
- Clear photocopies of applicant's and household members'² NRICs (front and back) & Singapore birth certificate for household members below 15 years old
- Clear photocopies of applicant's and household members' income statements³ such as pay-slips, IRAS or CPF statements, letters from employers

Once we have received all the required documents/information, we will process your claim and inform you of the outcome as soon as possible.

If you need help, please contact our customer service officers on **6332 1133** or email us at healthcare@income.com.sg.

¹ IDAPE is a Government Scheme administered by NTUC Income.

² Household members include parents, spouse, children, siblings and grandchildren sharing the same residence with the applicant.

³ Gross monthly income from all sources, including rental and interest income for the household is considered. For applicants with children who are staying apart from him/her, the allowance obtained from the children must be included.

乐龄健保/暂时性乐龄残疾援助计划 索赔表格

亲爱的保户/申请人:

我们对您的健康状况深感遗憾。

为了尽快处理您的索赔, 请您:

1. 填妥随附的索赔表格。您的家人或看护也可替您填写。
2. 登录我们的网站 <http://www.income.com.sg> 查阅我们所指定的评估医生名单, 并致电与其中任何一位医生预约, 对您的健康状况进行评估。评估费用将由您承担。
3. 于评估当日须携带以下文件:
 - a. 填妥的乐龄健保 / 暂时性乐龄残疾援助计划索赔表格 (ElderShield/IDAPE Claim Form)
 - b. 填妥的担保书 (如果收款人并非保户/申请人) (Completed Letter of Undertaking and Indemnity)
 - c. 医院医疗记录和出院报告。这些文件是必需的, 以便评估员对您的索赔进行评估。
 - d. 药物 (如有)

暂时性乐龄残疾援助计划 (IDAPE) 所需的额外文件

如果您是依据暂时性乐龄残疾援助计划 (IDAPE)¹ 提出索赔, 我们建议您登录卫生部的网站 (<http://www.moh.gov.sg/>) 下载 IDAPE 支付能力调查申请表 (IDAPE Application Form for Means Test), 然后把填好的表格连同下列文件一起寄至:

IDAPE Scheme
P.O Box 680
Bukit Merah Central Post Office
Singapore 911536

“支付能力调查” 申请所需的证明文件:

- 填妥的 “IDAPE 支付能力调查申请表” (IDAPE Application Form for Means Test)
- 申请人及其家庭成员² 的身份证复印件 (正面和背面) 以及年龄在15岁以下的家庭成员的新加坡出生证明
- 申请人及其家庭成员的收入证明³ 复印件, 例如工资单、国内税务局或中央公积金局的结单、雇主证明信

我们在收到所需的全部文件 / 资料后会尽速处理您的索赔, 并及时通知您索赔的结果。

如果您需要任何协助, 请致电 **6332 1133** 与我们的客户服务人员联系, 或发送电邮给我们, 邮址是: healthcare@income.com.sg。

¹ IDAPE 是由职总英康负责管理的政府援助计划。

² 家庭成员包括与申请人同住的父母、配偶、子女、兄弟姐妹和孙子女。

³ 每月总收入是家庭的全部收入来源, 包括租金和利息在内。对于没有与子女同住的申请人, 其子女所给的零用钱也必须包括在内。

BORANG TUNTUTAN ElderShield/IDAPE

Pemegang polisi/ Pemohon yang dihormati,

Kami bersimpati dengan keadaan kesihatan anda.

Untuk membolehkan kami memproses tuntutan anda, sila:

1. Lengkapkan Borang Tuntutan yang dilampirkan dengan sedaya upaya yang anda mampu. Jika anda tidak dapat berbuat demikian, sila minta ahli keluarga atau penjaga anda untuk mengisikannya.
2. Hubungi klinik untuk membuat temujanji bagi penilaian ketidakupayaan. Anda boleh rujuk kepada senarai penilai yang dilantik daripada lelaman kami (<http://www.income.com.sg>). Anda juga dikehendaki membayar yuran penilaian sendiri.
3. Bawa dokumen berikut semasa temujanji:
 - a. Borang Tuntutan ElderShield/IDAPE yang telah dilengkapi.
 - b. Surat Akujanji dan Tanggung Rugi yang telah dilengkapi (jika penerima tuntutan lain daripada pemegang polisi/pemohon)
 - c. Rekod perubatan hospital dan ringkasan/surat pelepasan pesakit (Inpatient Discharge Summary). Sila ambil perhatian bahawa ini diperlukan agar penaksir boleh memulakan dengan taksiran.
 - d. Ubat-ubatan (jika ada)

Syarat tambahan untuk Program Interim Bantuan Hilang Upaya bagi Warga Emas (IDAPE)

Jika anda menuntut faedah di bawah Program Interim Bantuan Hilang Upaya bagi Warga Emas (IDAPE)¹, anda dinasihatkan untuk memuat turun borang [Permohonan IDAPE bagi "Means Test" \(Ujian pendapatan\)](#) daripada lelaman Kementerian Kesihatan (<http://www.moh.gov.sg/>), sila lengkapkan dan mengirimi bersama dokumen-dokumen sokongan yang berikut kepada:

IDAPE Scheme
P.O Box 680
Bukit Merah Central Post Office
Singapore 911536

Borang sokongan untuk permohonan "Means Test" (Ujian pendapatan):

- Borang Permohonan IDAPE bagi "Means Test" (Ujian pendapatan) yang telah dilengkapi.
- Salinan NRIC (depan dan belakang) bagi pemohon dan ahli keluarga² serta sijil kelahiran Singapura bagi ahli keluarga yang berusia 15 tahun ke bawah
- Salinan penyata pendapatan³ pemohon dan ahli keluarga seperti penyata gaji, IRAS atau CPF, surat majikan

Setelah kami menerima semua dokumen/maklumat yang diperlukan, kami akan memproses tuntutan anda dan memberitahu keputusannya dengan secepat mungkin.

Sekiranya anda memerlukan sebarang bantuan, sila hubungi pegawai khidmat pelanggan kami di talian **6332 1133** atau emel kami di healthcare@income.com.sg.

¹ IDAPE ialah sebuah Skim Pemerintah yang dikendalikan oleh NTUC Income.

² Ahli keluarga meliputi ibubapa, pasangan, anak-anak, adik-beradik dan cucu yang tinggal bersama di rumah pemohon.

³ Pendapatan bulanan kasar daripada semua sumber, termasuk pendapatan sewaan dan faedah bagi isi rumah juga diambilkira. Bagi pemohon tinggal berasingan dengan anak, elaun yang diperolehi daripada anak perlu disertakan.

எஸ்டர்ஜீல்டு/ஐடேப் (IDAPE) கோரிக்கை படிவம்

அன்புள்ள பாலிசிதாரர் / விண்ணப்பதாரர்

தங்களுக்கு ஏற்பட்டுள்ள இயலாமை நிலை அறிந்து வருந்துகிறோம்.

மேற்கொண்டு நாங்கள் செயலாற்ற அன்பு கூர்ந்து பின் வருவனவற்றை செய்யுங்கள் :

1. இணைக்கப்பட்டுள்ள கோரிக்கை படிவத்தை தங்களால் இயன்ற வரை பூர்த்தி செய்யுங்கள். தங்களால் இயலவில்லை என்றால், நெருங்கிய குடும்ப உறுப்பினரோ அல்லது தங்களைத் தற்போது கவனித்துக்கொள்பவரோ பூர்த்தி செய்யலாம்.
2. தங்களுடைய இயலாமை நிலையை மதிப்பிடுவதற்கான மருத்துவப் பரிசோதனை செய்துகொள்ள நாள் குறிப்பதற்கு மருந்தகத்தை அழையுங்கள். நியமன மருத்துவ மதிப்பிட்டாளர் பட்டியலை <http://www.income.com.sg> என்ற இணையத் தளத்தில் காண்க. மருத்துவப் பரிசோதனை கட்டணத்தை நீங்கள் கொடுக்க வேண்டும் என்பதையும் தெரிவித்துக்கொள்கிறோம்.
3. பரிசோதனைக்கு செல்லும் போது பின் வருவனவற்றை எடுத்துச் செல்லுங்கள் :
 - a. பூர்த்தி செய்யப்பட்ட எஸ்டர்ஜீல்டு/ஐடேப் கோரிக்கை படிவம்
 - b. பூர்த்தி செய்யப்பட்ட பொறுப்பேற்று மற்றும் சட்ட விலக்குரிமைக் கடிதம் (பணம் பெறுபவர் பாலிசிதாரர் / விண்ணப்பதாரராக இல்லாமல் வேறொருவராக இருந்தால்)
 - c. உங்களிடம் இருக்கிற நோய் தொடர்பான தகவல்கள் (மருத்துவ அறிக்கைகள் மற்றும் மருத்துவமனையிலிருந்து வீட்டிற்குத் திரும்பியபோது தரப்பட்ட மருத்துவக் குறிப்புகள்). இந்த மதிப்பீட்டை தொடர மதிப்பீட்டாளருக்கு இது அவசியம் என்பதை தயவு செய்து நினைவில் கொள்ளவும்.
 - d. உட்கொள்ளும் மருந்துகள் (அவை இருந்தால்)

முதியோருக்கான இடைக்கால இயலாமை உதவித் திட்டத்திற்கான (IDAPE) கருதல் தேவைகள்

முதியோருக்கான இடைக்கால இயலாமை உதவித் திட்டத்தின் (IDAPE)¹ கீழ் நீங்கள் சலுகைகள் கோர விரும்பினால், சுகாதார அமைச்சின் இணையத்தளத்திற்கு (<http://www.moh.gov.sg/>) சென்று, அதில் கொடுக்கப்பட்டிருக்கும் ஐடேப் வருமானச் சோதனை விண்ணப்பப் படிவத்தை பதிவிறக்கம் செய்து, அதனைப் பூர்த்தி செய்து, பின்வரும் துணைப் பத்திரங்களுடன் கீழ்க்காணும் முகவரிக்கு அனுப்பி வைக்க உங்களுக்கு ஆலோசனை கூறப்படுகிறது:

IDAPE Scheme
P.O Box 680
Bukit Merah Central Post Office
Singapore 911536

வருமானச் சோதனை விண்ணப்பத்திற்கான துணைப் பத்திரங்கள் :

- வருமானச் சோதனைக்கான பூர்த்தி செய்யப்பட்ட IDAPE விண்ணப்பப் படிவம்
- விண்ணப்பதாரர் மற்றும் குடும்ப உறுப்பினர்களின்² அடையாள அட்டைகளின் தெளிவான நகல்கள் (முன்புறம் மற்றும் பின்புறம்) & 15 வயதுக்குக் குறைந்த குடும்ப உறுப்பினர்களின் சிங்கப்பூர் பிறப்புச் சான்றிதழின் தெளிவான நகல்கள்
- விண்ணப்பதாரர் மற்றும் குடும்ப உறுப்பினர்களின் வருமான அறிக்கைகள்³, அதாவது, சம்பளப் படிவம், சிங்கப்பூர் உள்துறை வருவாய் ஆணையம் (IRAS) அறிக்கை அல்லது மசேநி அறிக்கை, முதலாளிகள் தரும் கடிதங்கள் போன்றவற்றின் தெளிவான நகல்கள்

அனைத்து தகவல்களும் பத்திரங்களும் எங்களுக்கு கிடைத்தவுடன் உங்கள் கோரிக்கையை பரிசீலனை செய்து முடிவை கூடிய விரைவில் உங்களுக்கு தெரியப்படுத்துவோம்.

உங்களுக்கு உதவி தேவைப்பட்டால், தயவு செய்து **6332 1133** எண்ணில் எங்கள் வாடிக்கையாளர் சேவை அதிகாரிகளை அழைக்கவும் அல்லது healthcare@income.com.sg என்ற முகவரிக்கு மின்னஞ்சல் அனுப்பவும்.

¹ IDAPE என்பது என்டியூசி இன்கமினால நிர்வகிக்கப்படும் ஓர் அரசாங்கத் திட்டமாகும்.

² குடும்ப உறுப்பினர்கள் என்பது, விண்ணப்பதாரருடன் சேர்ந்து ஓரே முகவரியில் வசிக்கும் பெற்றோர், வாழ்க்கைத்துணை, குழந்தைகள், உடன்பிறந்தவர்கள் மற்றும் பேரக்குழந்தைகள் அனைவரையும் உள்ளடக்கும்.

³ அனைத்து ஆதாரங்களிலிருந்தும் குடும்பத்திற்கு கிடைக்கப்பெறும் மொத்த மாத வருமானம், அதாவது வாடகைப் பணம் மற்றும் வட்டி வருமானம் உட்பட, இதில் வருமானமாகக் கருதப்படும். விண்ணப்பதாரரிடமிருந்து விலகி வாழும் பிள்ளைகள் இருந்தால், அவர்களிடமிருந்து பெறப்படும் உதவித்தொகைகளும் இதில் கட்டாயம் சேர்த்துக் கொள்ளப்பட வேண்டும்.

ElderShield /IDAPE Claim Form

To be completed by Policyholder/Applicant

ElderShield Claim IDAPE Claim

If this is an ElderShield Claim, please complete the following:

Basic ElderShield Policy number _____ Insurer: Aviva/Great Eastern/NTUC Income¹

ElderShield Supplement Policy number _____ Insurer: Aviva/Great Eastern/NTUC Income¹

Personal particulars

Policyholder/Applicant

Name of Policyholder/Applicant (as shown in NRIC)

NRIC number	Nationality	Date of birth (dd/mm/yyyy)	Ethnic group <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Malay <input type="checkbox"/> Others	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
-------------	-------------	----------------------------	--	---

Address

Contact number (Handphone) (Office) (Home)	Email
---	-------

Caregiver (Age above 21 years old)

Name of caregiver (full-time or part-time)¹

Address of caregiver

Relationship to Policyholder/Applicant	NRIC number
--	-------------

Contact number (Handphone) (Office) (Home)	Email
---	-------

Bank account for benefits payment once claim is admitted Note: For payment to third party (family member or caregiver), please complete the attached Letter of Undertaking & Indemnity.

Name of bank account holder	Bank account number
-----------------------------	---------------------

Name of bank	Name of branch
--------------	----------------

Details of child below age 21 (Applicable to PrimeShield only)

Name of youngest child	Date of birth (dd/mm/yyyy)	Place of birth	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
------------------------	----------------------------	----------------	---

Birth certificate number (Please submit copy of birth certificate of child)	If the child is legally adopted, please state Date of Adoption (dd/mm/yyyy): _____ (Please submit copy of legal adoption papers)
---	---

Medical history

1. Have you ever been admitted to a hospital in the last 5 years? Yes No If "Yes", please give details of the medical conditions and when it started.

Condition	Date started (dd/mm/yyyy)

2. Please state other medical conditions, if any (e.g. stroke, hypertension, heart disease, diabetes mellitus) that you are suffering from.

3. Name and address of your regular doctor.

4. If disability is due to accident, please provide date of accident _____ (dd/mm/yyyy), and attach a copy of accident report.
 If no report is available, please describe: (a) nature of the accident; and (b) extent of injuries sustained.

¹ Please delete whichever is not applicable.

Activities of daily living

Please tick against the box that most accurately describes the Policyholder's/Applicant's ability.	Date disability started (dd/mm/yyyy)
<p>1. Washing or bathing - Ability to wash in the bath or shower (including getting into and out of the bath or shower) or wash by other means.</p> <p><input type="checkbox"/> No help is needed <input type="checkbox"/> Some help or supervision is needed (e.g. to wash the back, to wash hair) <input type="checkbox"/> Needs someone to help most of the time <input type="checkbox"/> Not able to do at all (needs to be washed or bathed entirely by caregiver)</p>	
<p>2. Dressing - Ability to put on, take off, secure and unfasten all garments (upper and lower) and, as appropriate, any braces, artificial limbs or other surgical or medical appliances.</p> <p><input type="checkbox"/> No help is needed <input type="checkbox"/> Some help or supervision is needed (e.g. to button clothes, to put on trousers) <input type="checkbox"/> Needs someone to help most of the time <input type="checkbox"/> Not able to do at all (needs to be dressed entirely by caregiver)</p>	
<p>3. Feeding - Ability to feed oneself food after it has been prepared and made available.</p> <p><input type="checkbox"/> No help is needed <input type="checkbox"/> Some help or supervision is needed (e.g. to scoop food, to put food into mouth) <input type="checkbox"/> Needs someone to help most of the time <input type="checkbox"/> Not able to do at all (needs caregiver to feed entirely or is tube-fed)</p>	
<p>4. Toileting - Ability to use the lavatory or manage bowel and bladder functions through the use of protective undergarments or surgical appliances if appropriate.</p> <p><input type="checkbox"/> No help is needed <input type="checkbox"/> Some help or supervision is needed (e.g. to get on or off the toilet) <input type="checkbox"/> Needs someone to help most of the time <input type="checkbox"/> Not able to do at all (needs to be placed on the toilet and cleaned by caregiver) <input type="checkbox"/> Not able to do at all (needs caregiver to manage diapers and/or catheter)</p>	
<p>5. Transferring - Ability to move from a lying position on the bed to an upright chair or wheelchair, and vice versa.</p> <p><input type="checkbox"/> No help is needed <input type="checkbox"/> Some help or supervision is needed (e.g. to be lifted up from lying position to sitting position from bed) <input type="checkbox"/> Needs someone to help most of the time <input type="checkbox"/> Not able to do at all (needs to be carried)</p>	
<p>6. Mobility - Ability to move indoors from room to room on level surfaces.</p> <p><input type="checkbox"/> No help is needed <input type="checkbox"/> Some help or supervision is needed (e.g. to be supervised by someone closely in case of fall) <input type="checkbox"/> Needs someone to help most of the time <input type="checkbox"/> Not able to do at all (needs to be carried)</p>	

For IDAPE claims only

Have you undergone means-testing for the following schemes* in the past 2 years? Yes No

* Community Health Assist Scheme, Foreign Domestic Worker Grant, Senior's Mobility and Enabling Fund, any MOH-funded Intermediate and Long Term Care subsidies, or MSF-funded Eldercare or Disability Subsidies.

Personal data collection statement

NTUC Income recognises its obligations under the Personal Data Protection Act 2012 (PDPA) which include the collection, use and disclosure of personal data for the purpose for which an individual has given consent to.

The personal data collected by NTUC Income includes all personal data provided in this form, or in any document provided, or to be provided to us by you or your insured persons or from other sources, for the purpose of this application or transaction. It includes all personal data for us to evaluate or administer this application or transaction. For example, if you are applying for an ElderShield policy or the Interim Disability Assistance Programme for the Elderly (IDAPE), in addition to the personal data provided in the application form, the personal data will also include any subsequent information we collect on health or financial situation, or any information that is necessary for us to decide whether to insure and on what terms to insure, such as test results, medical examination results, and health records from medical practitioners or other insurance companies.

You may not alter any of the wording in this 'Personal data collection statement'. Any attempt to do so will be of no effect.

1. Purpose of collection

We may collect and use the personal data to:

- (a) carry out identity checks;
- (b) communicate on purposes relating to an application or policy;
- (c) decide whether to insure or continue to insure you and your insured persons (for non-IDAPE applications);
- (d) provide financial advice for product recommendation based on your financial needs analysis (for non-IDAPE applications);
- (e) provide ongoing services and respond to your inquiries or instructions;
- (f) make or obtain payments;
- (g) investigate and settle claims;
- (h) recover any debt owed to us;
- (i) detect and prevent fraud, unlawful or improper activities;
- (j) conduct research and statistical analysis;
- (k) coach employees and monitor for quality assurance;
- (l) reinsure risks and for reinsurance administration (for non-IDAPE applications); and
- (m) comply with all applicable laws, including reporting to regulatory and industry entities.

2. Disclosure of personal data

We may disclose personal data belonging to you and your insured persons for the purposes set out in Section 1 above to these parties:

- (a) your financial advisers (for non-IDAPE applications);
- (b) medical professionals and institutions;
- (c) insurers and reinsurers;
- (d) local or overseas service providers to provide us with services such as printing, mail distribution, data storage, data entry, disaster recovery or emergency assistance services;
- (e) debt collection agencies;
- (f) dispute resolution parties;
- (g) parties that assist us to investigate, administer and adjudicate claims;
- (h) financial institutions;
- (i) credit reference agencies;
- (j) industry associations (for non-IDAPE applications);
- (k) regulators, law enforcement and government agencies; and
- (l) the Government and participating statutory boards and organisations approved by the Government to determine your and your insured person's suitability and eligibility for social and public assistance schemes.

Neither NTUC Income nor any of its officers shall be liable for any loss or damage suffered by you or any user as a result of any disclosure of any personal data which you have consented to NTUC Income and/or any of its officers disclosing.

3. Consequence of withdrawing consent to the collection, use and disclosure of personal data

You may refuse to give, or may withdraw your consent for us to collect, use or disclose your personal data and your insured persons' personal data by giving us reasonable notice so long as there are no legal or contractual restrictions preventing you from doing so. For example, you may withdraw your consent for your personal data to be used for marketing purposes, and this withdrawal will not affect our ability to provide you with the products and services that you asked for or have with us.

However, if you withdraw your consent for us to use your personal data for your insurance matters (relating to the servicing and administration of your insurance policy), this will affect our ability to provide you with the products and services that you asked for or have with us, including preventing us from keeping your insurance cover in force or properly assessing and processing your claim. Withdrawing such consent may result in termination of all your policies you have with us. This may be disadvantageous to you, as you may lose valuable benefits from the policy and/or it may not be possible for you to obtain a similar level of protection on the same terms in the future.

4. Access and correction rights

You can request access to any personal data of yours that we have, and request to know how it is used and disclosed for the last 1 year to the extent allowed by law. You also have the right to request correction of your personal data.

You may make your request to withdraw your consent, access or correct your personal data by writing to:

The Data Protection Officer, NTUC Income Centre, 75 Bras Basah Road, Singapore 189557.

Alternatively, you can email to: DPO@income.com.sg

Declaration and authorisation

If the Policyholder/Applicant has previously been assessed by a doctor to lack mental capacity*, the Policyholder/Applicant's appointed donee(s)/deputy(s), or caregiver if a donee(s)/deputy(s) has not been appointed, is to complete this section and sign/affix thumbprint. The mentally incapacitated Policyholder/Applicant need not sign off/affix thumbprint.

- * A separate doctor's memo should be submitted to indicate that the Policyholder/Applicant lacks mental capacity, including the relevant medical reason(s).
1. I certify that the information in this form is true and complete and I have not withheld any material information.
 2. I agree that this application shall form part of my application for ElderShield/IDAPE benefits.
 3. I confirm that I understand and agree to the 'Personal data collection statement'.
 4. For the purposes of policy administration including processing and investigating this claim, and deciding whether NTUC Income is to insure or continue to insure me for my insurance applications or policies,
 - a. I authorise any person or organisation who has relevant information pertaining to this claim, including any medical practitioner, health care provider or institution, insurance company, and investigative agencies, to release and exchange such information (including personal health information) requested by NTUC Income and/or its claims service providers.
 - b. I authorise NTUC Income and its claims service providers to collect, use, disclose and to exchange with the persons or organisations listed above any information (including personal health information).
 - c. I am authorised to disclose information (including personal health information) about the insured person if this claim is made on behalf of them.
 5. I agree that a photocopy or electronic version of this authorisation shall be as valid as the original.

Name of Policyholder/Applicant

NRIC number

Signature or thumbprint of Policyholder/Applicant

Date (dd/mm/yyyy)

To be completed if form is filled up by family member

Name of family member	NRIC of family member	Relationship to Policyholder/Applicant
Address of family member	Signature of family member	Date (dd/mm/yyyy)
Contact number (Handphone)	(Office)	(Home)

Details of payee (Age above 21 years old)

Full Name (Payee)	NRIC number	Contact number
Address		
Signature of payee	Relationship to Policyholder/Applicant	Date (dd/mm/yyyy)
Full Name (Policyholder/Applicant)	Signature/thumbprint of Policyholder/Applicant	Date (dd/mm/yyyy)

For homes or institutions only (If benefits are to be made to the home or institution)

Name of home or institution		Address of home or institution	
Name of authorised officer	Contact number of authorised officer	Official stamp of home or institution	
Signature of authorised officer	Date (dd/mm/yyyy)		
Full Name (Policyholder/Applicant)		Signature/thumbprint of Policyholder/Applicant	Date (dd/mm/yyyy)

¹ Please delete whichever is not applicable.