

**Private & Confidential**

**Health Declaration Form / Borang Pengisytiharan Kesihatan**

Policy Number  
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**IMPORTANT NOTICE/ NOTA PENTING**

**Important Notice:** Please take note that pursuant to Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, you are hereby reminded that:

**Kenyataan Penting:** Sila ambil perhatian bahawa menurut Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, anda adalah dengan ini diingatkan bahawa:

- You have a duty to take reasonable care not to make any misrepresentation while completing this form. You must also disclose to us any matter, besides what is covered in this form, that you know to be relevant to our decision on whether to accept the risk, and the rates and terms to be applied. Such duty of disclosure shall continue until your policy is revived pursuant to this form. Failure to disclose may result in us avoiding the reinstatement/application of your Policy, changes to policy terms, deferral or rejection of claims, if such reinstatement or application has been approved by us.  
*Anda mempunyai kewajipan yang munasabah untuk tidak membuat sebarang salah nyataan semasa melengkapkan borang ini. Anda juga perlu mendedahkan kepada kami apa-apa perkara, selain yang telah diliputi di dalam borang ini, yang anda tahu berkaitan dengan keputusan kami sama ada untuk menerima atau tidak risiko dan kadar dan terma yang hendak digunakan. Kewajipan pendedahan ini hendaklah diteruskan sehingga polisi anda dikuatkuasakan semula menurut borang ini. Kegagalan anda untuk berbuat demikian boleh mengakibatkan pihak kami tidak meneruskan penguatkuasaan semula polisi anda, perubahan terhadap terma polisi, penangguhan atau penolakan terhadap tuntutan, jika penguatkuasaan semula atau permohonan tersebut telah diluluskan oleh kami.*
- Any money paid to us together with this reinstatement or application form shall not be treated as payment towards any outstanding premium not yet paid by you for the Policy unless and until this reinstatement or application has been unconditionally accepted by us and an endorsement has been issued. Our receipt of any money paid together with this application form is NOT to be treated as an approval of this reinstatement or application.  
*Wang yang dibayar kepada kami berserta borang permohonan atau penguatkuasaan semula ini tidak boleh dianggap sebagai pembayaran kepada premium tertunggak yang belum dibayar oleh anda untuk Polisi tersebut, melainkan jika permohonan atau penguatkuasaan semula ini telah diterima tanpa syarat oleh pihak kami dan surat pengesahan telah dikeluarkan. Resit pembayaran bagi bayaran yang telah dibuat beserta borang permohonan ini TIDAK boleh dianggap sebagai kelulusan bagi sebarang permohonan atau penguatkuasaan semula.*
- If the Policy Owner and the Life Assured are not the same person, please complete both the Policy Owner and Life Assured's sections respectively. If the **Policy Owner** and the **Life Assured** are the same person, please complete the Policy Owner's section only.  
*Jika Pemilik Polisi dan Hayat Yang Diinsuranskan adalah bukan orang yang sama, sila lengkapkan kedua-dua bahagian Pemilik Polisi dan Hayat Yang Diinsuranskan. Jika **Pemilik Polisi** dan **Hayat Yang Diinsuranskan** adalah orang yang sama, sila lengkapkan bahagian Pemilik Polisi sahaja.*
- For Juvenile policy, if the Life Assured has attained the age of majority, the Life Assured is required to sign this form.  
*Untuk polisi Juvana, sekiranya Hayat Yang Diinsuranskan telah mencapai umur majoriti, Hayat Yang Diinsuranskan dikehendaki menandatangani borang ini.*
- For Payor Spouse please complete the Joint Life Assured section.  
*Untuk Pasangan Pencarum, sila lengkapkan bahagian Orang yang Diinsuranskan Bersama.*

**DETAILS OF POLICY OWNER, LIFE ASSURED & JOINT LIFE ASSURED**

**BUTIR-BUTIR PEMILIK POLISI, HAYAT YANG DIINSURANSKAN & ORANG YANG DIINSURANSKAN BERSAMA**

Name of Life Assured / Nama Hayat Yang Diinsuranskan	New IC No./ No K.P. Baru :
Name of Policy Owner / Nama Pemilik Polisi	New IC No./ No K.P. Baru :
Name of Joint Life Assured (if any) / Nama Orang Yang Diinsuranskan Bersama (Jika Ada)	New IC No./ No K.P. Baru :

**TYPE OF APPLICATION**

**JENIS PERMOHONAN**

**\*Please tick (✓) in the relevant box / Sila tandakan (✓) pada kotak dibawah**

- |   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Reinstatement<br>Penguatkuasaan Semula | <input type="checkbox"/> Addition of Benefits<br>Penambahan Manfaat | <input type="checkbox"/> Increase of Sum Assured<br>Kenaikan Jumlah Yang Diinsuranskan | <input type="checkbox"/> Change of Plan<br>Pertukaran Pelan | <input type="checkbox"/> Policy Review<br>Semak Semula Polisi |
|---|---|--|---|---|

**Private & Confidential**

**Health Declaration Form Part 1 / Borang Pengisytiharan Kesihatan (Bahagian 1)**

**Policy Number**  
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**STATEMENT OF DECLARATION BY POLICY OWNER/ LIFE ASSURED/ JOINT LIFE ASSURED (IF ANY)**

**PENGISYTIHARAN KESIHATAN DARIPADA PEMILIK POLISI/ HAYAT YANG DIINSURANSKAN/ ORANG YANG DIINSURANSKAN BERSAMA (JIKA ADA) & SAKSI**

**Notes: Complete this section for policy with a LAPSE DURATION LESS THAN 3 (THREE) MONTHS, WITHOUT CHANGE IN MEDICAL CONDITION and NO MEDICAL CONDITIONS to be disclosed. If the request did not fulfill the requirements, please complete Health Declaration Form Part 2.**

**Nota: Lengkapkan seksyen ini hanya untuk polisi dengan TEMPOH LUPUT KURANG DARIPADA 3 (TIGA) BULAN, TANPA PERUBAHAN DALAM KEADAAN PERUBATAN dan TIADA KEADAAN PERUBATAN yang akan didedahkan. Sekiranya permohonan tidak memenuhi syarat, sila lengkapkan Borang Pengisytiharan Kesihatan Bahagian 2.**

- I/We, declare that the information given in this form and in any required medical examination, questionnaire, amendment or other relevant document in connection with this application is true, full and complete and I/we have not withheld any important information.  
*Saya/Kami mengaku bahawa maklumat yang diberikan dalam permohonan ini serta sebarang pemeriksaan perubatan, soal selidik, pindaan yang diperlukan atau dokumen lain yang berkaitan dengan permohonan ini adalah benar, penuh dan lengkap dan saya/kami tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting.*
- I/We have the duty to inform Zurich Life Insurance Malaysia Berhad ("ZLIMB") of the change in the state of the health of the Life Assured/Spouse which occurred after the date of signing this application or which may have occurred before the date on which the application is accepted and I/We agree that upon failure of such disclosure, ZLIMB shall be entitled to reject this application.  
*Saya/Kami bertanggungjawab untuk memberitahu Zurich Life Insurance Malaysia Berhad ("ZLIMB") mengenai perubahan kepada kesihatan Hayat Diinsuranskan/Pasangan yang berlaku selepas tarikh permohonan ini ditandatangani atau mungkin berlaku sebelum tarikh permohonan ini diluluskan dan Saya/kami bersetuju bahawa atas kegagalan pendedahan sedemikian, ZLIMB berhak untuk menolak permohonan ini.*
- I/We hereby authorise any physician, hospital, clinic, insurance company or other organisation, institution or person that has any records or knowledge of me/us or any persons to be insured or my or our health, to disclose to ZLIMB or its representative any and all information about me or any persons to be insured with reference to my or our health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment and a photocopy of this authorisation shall be as effective and valid as the original.  
*Saya/Kami dengan ini membenarkan mana-mana doktor perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans atau organisasi, institusi atau orang lain, yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya/kami atau sesiapa yang akan diinsuranskan atau kesihatan saya/kami, untuk mendedahkan kepada ZLIMB atau wakilnya sebarang dan semua maklumat mengenai saya atau sesiapa yang akan diinsuranskan dengan merujuk kepada sejarah kesihatan dan perubatan saya atau kami dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan atau penyakit dah salinan fotostat kebenaran ini akan dianggap sebagai sah dan tulen sepertimana salinan asal.*
- I/We understand that ZLIMB requires me/us to provide and keep my/our personal information in ZLIMB's record, including nationality, residential and mailing addresses, occupation, details regarding employer/business, and contact details updated. As such, I/we will provide ZLIMB with the updated personal information in the form ZLIMB requires together with this application, if the information in ZLIMB's record is incomplete/becomes incorrect. I/We shall refer to [www.zurich.com.my](http://www.zurich.com.my) for the form required to update the information.  
*Saya/Kami faham bahawa ZLIMB memerlukan saya/kami memberi dan sentiasa mengemaskini maklumat peribadi saya/kami dalam rekod ZLIMB, termasuk kewarganegaraan, alamat rumah dan surat-menyurat, pekerjaan, maklumat tentang majikan/perniagaan, dan butiran perhubungan. Maka, saya/kami akan memberi ZLIMB maklumat peribadi yang terkini dalam borang yang dikehendaki oleh ZLIMB bersama dengan permohonan ini, jika maklumat dalam rekod ZLIMB adalah tidak lengkap/menjadi tidak betul. Saya/Kami akan merujuk kepada [www.zurich.com.my](http://www.zurich.com.my) untuk borang yang dikehendaki oleh ZLIMB untuk mengemaskini maklumat tersebut.*
- I/We hereby declare that I/We am/are currently in good health, no pre-existing medical condition/history, hospitalisation, injuries, or accident occurred to be disclosed.  
*Saya/Kami dengan ini mengisytiharkan bahawa saya/kami sedang berada dalam keadaan sihat, tiada keadaan/sejarah perubatan yang sedia ada, kemasukan ke hospital, kecederaan, atau kemalangan yang berlaku untuk didedahkan.*

<p><b>Signature of Policy Owner / Tandatangan Pemilik Polisi</b> <b>* Other than Individual, Company's Stamp is required / Selain daripada individu, Cop Syarikat diperlukan</b></p>	<p>Name /Nama: _____</p> <p>Date/Tarikh: _____</p> <p>Place/Tempat: _____</p>
<p><b>Signature of Life Assured / Tandatangan Hayat Yang Diinsuranskan</b></p>	<p>Name /Nama: _____</p> <p>Date/Tarikh: _____</p> <p>Place/Tempat: _____</p>
<p><b>Signature of Joint Life Assured / Tandatangan Orang Yang Diinsuranskan Bersama</b></p>	<p>Name /Nama: _____</p> <p>Date/Tarikh: _____</p> <p>Place/Tempat: _____</p>







**Policy Number**  
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p><b>*Note : Compulsory to complete all the questions below / Nota : Wajib menjawab semua soalan di bawah</b></p>	<b>Policy Owner</b> Pemilik Polisi		<b>Life Assured</b> Hayat Yang Diinsuranskan		<b>Joint Life Assured (Spouse)</b> Orang Yang Diinsuranskan Bersama (Pasangan)	
	<b>Yes/ Ya</b>	<b>No/ Tidak</b>	<b>Yes/ Ya</b>	<b>No/ Tidak</b>	<b>Yes/ Ya</b>	<b>No/ Tidak</b>

**Please answer the question below. / Sila jawab soalan – soalan dibawah**

<p>8. In the past five (5) years, have you: <i>Dalam tempoh 5 tahun yang lalu pernahkah anda:</i></p> <p>(a) Had any medical investigations or tests like blood or urine test, x-ray, CT/MRI scan, angiogram, echocardiogram, ultrasound, mammography, electrocardiogram (ECG) or biopsy? <i>Menjalani sebarang siasatan perubatan dan ujian seperti ujian darah atau air kencing, X-ray, imbasan CT/MRI, angiogram, ekokardiogram, ultrasound, mamografi, elektrokardiogram (ECG) atau biopsi?</i></p> <p>(b) Received medical treatment or advice (other than normal illnesses like fever, flu or cough), been hospitalised, had surgery or a medical consultation by a specialist or been advised to have any of these in the future? <i>Menerima rawatan perubatan atau nasihat (selain daripada penyakit biasa seperti demam, selsema atau batuk), dimasukkan ke hospital, menjalani pembedahan atau perundingan perubatan oleh pakar atau dinasihatkan untuk menjalankan rawatan atau pemeriksaan yang disebut di atas pada masa depan?</i></p> <p>(c) Experienced, or are currently still experiencing any symptoms or complaints for which you have not consulted a doctor? <i>Pernah mengalami atau masih mengalami sebarang simptom atau aduan yang anda masih belum berunding dengan doktor?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>9. Has anyone in your immediate family (living or deceased) ever suffered from diabetes, heart disease, high blood pressure, stroke, kidney disease (including polycystic kidney disease), mental disorder, hepatitis B, hepatitis C, cancer, Alzheimer's/Parkinson's disease or any other hereditary disease? (If YES, please provide details). <i>Adakah sesiapa dalam keluarga terdekat anda (hidup atau telah meninggal dunia) pernah menghidapi kencing manis, penyakit jantung, tekanan darah tinggi, strok, penyakit ginjal (termasuk ginjal polisista), kecelaruan mental, hepatitis B, hepatitis C, kanser, penyakit Alzheimer/Parkinson atau sebarang penyakit keturunan?(Jika YA, sila berikan butiran terperinci).</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Policy Owner/ Life Assured Pemilik Polisi/ Hayat Yang Diinsuranskan	Relationship Hubungan	Type of illness Jenis penyakit	Age of onset /Age of Fir Diagnosis Umur penyakit bermula diagnosis pertama	Age of death (if applicable) Usia semasa meninggal. (jika berkenaan)

<p>10. <b>FEMALE ONLY/PEREMPUAN SAHAJA</b></p> <p>(a) Are you currently pregnant? If yes, please state the following: <i>Adakah anda sedang hamil sekarang? Jika ya, sila nyatakan:</i> Gestational period/ Tempoh kehamilan : _____ weeks/minggu Expected date of delivery/ Tarikh jangka bersalin: _____ Number of fetuses/Bilangan janin: _____</p> <p>(b) Have you ever had any one or more of the following: disease of the breasts/female organs; breast lump; fibroid, cysts, menstrual disorders; abnormal pap smear(s) or any complications of pregnancy or child birth? <i>Pernahkah anda mengalami salah satu atau lebih daripada yang berikut: penyakit berkaitan payu dara/organ wanita, gumpalan payu dara; fibroid, sista, gangguan kitaran haid; papsmear tidak normal atau sebarang komplikasi semasa mengandung atau bersalin?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**Policy Number**  
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(ii) Question Number/ *Nombor Soalan* : .....

Types of illness and Date of onset/*Jenis penyakit dan Tarikh dihidapi* : .....

Exact diagnosis / *Diagnosis tepat* : .....

Type of tests done, date, results and reason/*Jenis ujian, tarikh, keputusan dan sebab* : .....

Duration and severity of illness/injury and date of last follow up :  
*Jangkamasa dan tahap kecederaan/penyakit dan tarikh rawatan susulan terakhir:*

Type of treatment or follow up / *Jenis rawatan atau susulan* : .....

Current condition/*Keadaan semasa* : .....

Name and address of attending doctor/clinics or hospital/*Nama dan alamat doktor/klinik atau hospital yang merawat*

**Any other information and please submit medical report if any / *Apa-apa maklumat lain dan sila kemukakan laporan perubatan jika ada***

(iii) Question Number/ *Nombor Soalan* : .....

Types of illness and Date of onset/*Jenis penyakit dan Tarikh dihidapi* : .....

Exact diagnosis / *Diagnosis tepat* : .....

Type of tests done, date, results and reason/*Jenis ujian, tarikh, keputusan dan sebab* : .....

Duration and severity of illness/injury and date of last follow up :  
*Jangkamasa dan tahap kecederaan/penyakit dan tarikh rawatan susulan terakhir:*

Type of treatment or follow up / *Jenis rawatan atau susulan* : .....

Current condition/*Keadaan semasa* : .....

Name and address of attending doctor/clinics or hospital/*Nama dan alamat doktor/klinik atau hospital yang merawat*

**Any other information and please submit medical report if any / *Apa-apa maklumat lain dan sila kemukakan laporan perubatan jika ada***

**STATEMENT OF DECLARATION BY POLICY OWNER, LIFE ASSURED, JOINT LIFE ASSURED (IF ANY)**

**KENYATAAN PENGAKUAN PEMILIK POLISI, HAYAT YANG DIINSURANSKAN, ORANG YANG DIINSURANSKAN BERSAMA (JIKA ADA)**

1. I/We, declare that the information given in this form and in any required medical examination, questionnaire, amendment or other relevant document in connection with this application is true, full and complete and I/we have not withheld any important information.  
*Saya/Kami mengaku bahawa maklumat yang diberikan dalam permohonan ini serta sebarang pemeriksaan perubatan, soal selidik, pindaan yang diperlukan atau dokumen lain yang berkaitan dengan permohonan ini adalah benar, penuh dan lengkap dan saya/kami tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting.*





For Office Use Only/  
Kegunaan Pejabat Sahaja



Policy Number  
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**PERSONAL DATA PROTECTION ACT 2010 NOTICE**  
**NOTIS AKTA PERLINDUNGAN DATA PERIBADI 2010**

I/We understand and agree that by signing up for any products offered by Zurich Life Insurance Malaysia Berhad ("the Company"), interacting with the Company and submitting my/our information to the Company, I/we have consented to the collection, processing, using and sharing of my/our personal data including my/our sensitive personal data, by and for the Company. *Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa dengan mendaftar untuk mana-mana produk yang ditawarkan oleh Zurich Life Insurance Malaysia Berhad ("Syarikat"), berinteraksi dengan Syarikat dan mengemukakan maklumat saya/kami kepada Syarikat, saya/kami telah bersetuju dengan pengumpulan, pemrosesan, penggunaan dan perkongsian data peribadi saya/kami termasuk data peribadi sensitif saya/kami oleh dan untuk Syarikat.*

I/We understand and agree that the personal data provided may be used, processed and disclosed by the Company to individuals/organisation related to and associated with the Company or any appointed third party (within or outside of Malaysia, including reinsurance/retakaful companies, claims investigation companies and industry associations and federations) for the obligatory purposes of processing this application, providing subsequent service for this product and/or communicating with me/us for such purposes; as described in the Company's Personal Data Protection Notice published at <https://www.zurich.com.my/en/customer-hub/show-me-more-info/personal-data-protection-notice>. *Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa data peribadi yang diberikan boleh digunakan, diproses dan didedahkan oleh Syarikat kepada individu/organisasi yang berkaitan dengan Syarikat atau mana-mana pihak ketiga yang dilantik (di dalam atau di luar Malaysia, termasuk syarikat insurans/takaful semula, syarikat penyiagaan berkenaan tuntutan dan persatuan industri serta persekutuan) untuk tujuan yang diperlukan bagi memproses permohonan ini, menyediakan perkhidmatan selanjutnya untuk produk ini dan/atau berkomunikasi dengan saya/kami untuk tujuan tersebut; seperti dinyatakan dalam Notis Perlindungan Data Peribadi Syarikat yang dipaparkan di <https://www.zurich.com.my/en/customer-hub/show-me-more-info/personal-data-protection-notice>.*

I/We understand that I/we have the right to access, update, change or opt-out my/our personal data held by the Company concerning me/us. Such requests can be made through forms which can be downloaded at the Company's website or in writing at the Company's nearest branches. *Saya/Kami memahami bahawa saya/kami mempunyai hak untuk mengakses, mengemaskini, mengubah atau menarik diri daripada berkongsi data peribadi saya/kami yang disimpan oleh Syarikat mengenai saya/kami. Permintaan tersebut boleh dibuat dengan melengkapkan borang-borang yang boleh dimuat turun di laman web Syarikat atau secara bertulis di cawangan Syarikat yang terdekat.*

I/We understand that inquiries or complaints (such as limiting the processing of certain information, including the withdrawal of consent to receive marketing information) can be made by contacting the Company's Customer Care Officer at 1-300-888-622, or by visiting/writing to the Company at [CallCentre@zurich.com.my](mailto:CallCentre@zurich.com.my). *Saya/Kami memahami bahawa pertanyaan atau aduan (seperti mengehadkan pemrosesan maklumat tertentu, termasuk penarikan balik persetujuan untuk menerima maklumat pemasaran) boleh dibuat dengan menghubungi Pegawai Khidmat Pelanggan Syarikat di 1-300-888-622, atau dengan melawat/menulis kepada Syarikat di [CallCentre@zurich.com.my](mailto:CallCentre@zurich.com.my).*

I/We understand that the Company's Personal Data Protection Notice may be updated from time to time in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010 and Code of Practice on Personal Data Protection for the Insurance and Takaful Industry in Malaysia and the updated Personal Data Protection Notice is being published at the Company's website. *Saya/Kami memahami bahawa Notis Perlindungan Data Peribadi Syarikat boleh dikemas kini dari semasa ke semasa selaras dengan keperluan yang dinyatakan dalam Akta Perlindungan Data Peribadi 2010 dan Kod Amalan Perlindungan Data Peribadi untuk Industri Insurans dan Takaful di Malaysia dan Notis Perlindungan Data Peribadi yang terkini ada dipaparkan di laman web Syarikat.*

For Office Use Only/  
Kegunaan Pejabat Sahaja



Policy Number  
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**STATEMENT OF DECLARATION BY POLICY OWNER, LIFE ASSURED, JOINT LIFE ASSURED (IF ANY)**  
**KENYATAAN PENGAKUAN PEMILIK POLISI, HAYAT YANG DIINSURANSKAN, ORANG YANG DIINSURANSKAN BERSAMA (JIKA ADA) SAKSI**

<b>Signature of Policy Owner /Tandatangan Pemilik Polisi</b> <b>* Other than Individual, Company's Stamp is required / Selain daripada individu, Cop Syarikat diperlukan</b>	Name /Nama: _____ Date/Tarikh: _____ Place/Tempat: _____
---	--

<b>Signature of Life Assured /Tandatangan Hayat Yang Diinsuranskan</b>	Name /Nama: _____ Date/Tarikh: _____ Place/Tempat: _____
--	--

<b>Signature of Joint Life Assured /Tandatangan Orang Yang Diinsuranskan Bersama</b>	Name /Nama: _____ Date/Tarikh: _____ Place/Tempat: _____
--	--

**DECLARATION BY WITNESS**  
**PENGISYTIHARAN SAKSI**

I hereby certify that above signature(s) was/were made in my presence and that it is the signature(s) of the Policy Owner/Life Assured/Joint Life Assured under the policy mentioned above.  
Saya dengan ini mengesahkan bahawa tandatangan di atas dibuat di hadapan saya dan tandatangan tersebut ialah tandatangan Pemilik Polisi/Hayat Yang Diinsuranskan/Orang Yang Diinsuranskan Bersama seperti yang disebut di atas.

<b>* Signature of Witness /Tandatangan Saksi</b>  * Notes /Nota : The witness must be an authorised Servicing Wealth Planner, Customer Service Representative or Notary Public. Saksi mestilah seorang Ejen yang diberi kuasa, Wakil Khidmat Pelanggan atau Notari Awam. The witness must be of sound mind and attained 18 years old. Saksi mestilah seorang yang sempurna akal dan telah mencapai umur 18 tahun.	Name /Nama: _____ Agent Code/ Staff ID /Ejen Kod/ ID Kakitangan : _____ Date/Tarikh: _____ Place/Tempat: _____
---	---

Last Edited :

Zurich Life Insurance Malaysia Berhad Registration No. 196801000442 (8029-A)

**Customer Service Center**

Ground Floor, Block B, Plaza Zurich, 12, Jalan Gelenggang, Bukit Damansara, 50490 Kuala Lumpur.  
(for other branches, please refer to company website)

☎ 1300-888-622    ✉ callcentre@zurich.com.my    🌐 www.zurich.com.my    Customer portal : www.myzurichlife.com.my

## Customer Due Diligence Form / Borang Usaha Wajar Pelanggan

Policy Number  
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### PART A: UPDATE PERSONAL DETAILS BAHAGIAN A: KEMASKINI BUTIRAN DIRI

1. Please tick if there are any changes to the information for the following parties since the last update or if you have not provided the information to us previously. / Sila tanda jika terdapat sebarang perubahan terhadap maklumat untuk pihak berikut sejak kemas kini terakhir atau sekiranya anda tidak memberikan maklumat tersebut kepada kami sebelum ini.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Policy Owner / Pemilik Polisi                                  | <input type="checkbox"/> ** Nominee/Trustee / Penamaan/Pemegang Amanah   |
| <input type="checkbox"/> Life Assured / Hayat Yang Diinsurankan                         | <input type="checkbox"/> ** Authorised Personnel and Beneficial Owner / Orang Yang Diberi Kuasa dan Pemilik Benefisial |
| <input type="checkbox"/> Joint Life Assured / Orang Yang Diinsurankan Bersama           | <input type="checkbox"/> ** Third Party Payor / Pembayar Pihak Ketiga  |
| <input type="checkbox"/> ** Assignee / Pemegang Hak Serah                               | <input type="checkbox"/> ** Alternate Owner/Life Assured / Pemilik Polisi/Hayat Yang Diinsurankan                      |
| <input type="checkbox"/> No changes for all parties / Tiada Perubahan untuk semua pihak |  |

\*\*Please complete the relevant form(s), such as Absolute Assignment Form, Nomination Form, Declaration of Authorised Personnel and Beneficial Owner Form, etc., and submit them with the necessary supporting documents (if applicable).

\*\*Sila lengkapkan borang yang berkaitan, seperti Borang Penyerahan Hak Mutlak, Borang Penamaan, Borang Pengisytiharan Orang Yang Diberi Kuasa dan Pemilik Benefisial, dan lain-lain, serta serahkan bersama dokumen sokongan yang diperlukan (jika berkenaan).

Details / Butir- Butir	Policy Owner Details / Butir-butir Pemilik Polisi	Life Assured/Joint Life Assured Details / Butir-butir Hayat Yang Diinsurankan /Orang Yang Diinsurankan Bersama
<b>Full Name</b> Nama Penuh		
<b>ID No.</b> No. ID		
<b>Nationality</b> Kewarganegaraan		
<b>Passport Expiry Date</b> Tarikh Luput Pasport		
<b>Date of Birth</b> Tarikh Lahir		
<b>Industry</b> Industri		
<b>Occupation &amp; Exact Duties</b> Pekerjaan dan Jenis Tugasan		
<b>Name of Employer or Business</b> Nama Majikan atau Perniagaan		
<b>Employer or Business Address</b> Alamat Majikan atau Perniagaan		
<b>Email</b> E-mel		

For Office Use Only /  
Kegunaan Pejabat Sahaja



Policy Number  
Nombor Polisi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Details / Butir- Butir	Policy Owner Details / Butir-butir Pemilik Polisi	Life Assured/Joint Life Assured Details / Butir-butir Hayat Yang Diinsuranskan /Orang Yang Diinsuranskan Bersama
<b>Telephone No. / No. Telefon</b> <b>Mobile / Bimbit</b> <b>Office / Pejabat</b> <b>Home / Rumah</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Correspondence Address</b> <b>Alamat Surat Menyurat</b>  <b>Postcode / Poskod</b> <b>Country / Negara</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>Residential Address (Same as Correspondence Address) / Alamat Kediaman (sama dengan Alamat Surat Menyurat)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Yes / Ya</b>  <input type="checkbox"/> <b>No / Tidak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Yes / Ya</b>  <input type="checkbox"/> <b>No / Tidak</b>
<b>If no, please state</b> <b>Jika tidak, sila nyatakan</b>  <b>Postcode / Poskod</b> <b>Country / Negara</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

**PART B : DECLARATION SOURCE OF FUND AND WEALTH**  
**BAHAGIAN B : PENGISYTIHARAN SUMBER DANA DAN KEWANGAN**

Mandatory for Financial Alteration with premium change, Top Up, Additional Premium (Top Up) Application, Reinstatement, and other payment-related transactions. However, we may request a declaration for other transactions not mentioned above whenever deemed necessary. / *Wajib untuk Penukaran Kewangan dengan perubahan premium, Penambahan Premium, Permohonan Premium Tambahan (Tambahan), Pemulihan, dan transaksi lain yang berkaitan pembayaran. Walau bagaimanapun, kami mungkin meminta deklarasi untuk transaksi lain yang tidak disebutkan di atas apabila dianggap perlu.*

**A. Please state your latest Annual Income / Sila nyatakan pendapatan tahunan anda :** \_\_\_\_\_

<b>B. Source of Fund</b> <i>Sumber Dana</i>	<input type="checkbox"/> Salary/Business Income / <i>Gaji/Pendapatan Perniagaan</i>	<input type="checkbox"/> Sales of Investment (shares, unit trust etc.) / <i>Jualan pelaburan (saham, unit amanah dll)</i>
	<input type="checkbox"/> Personal Savings / <i>Simpanan Peribadi</i>	<input type="checkbox"/> Benefit from insurance policy/takaful certificate / <i>Faedah daripada polisi insurans/sijil takaful</i>
	<input type="checkbox"/> Rental Income / <i>Pendapatan Sewa</i>	<input type="checkbox"/> Other, Please Specify : <i>Lain-lain, sila nyatakan</i>
<b>C. Source of Wealth</b> <i>Sumber Kewangan</i>	<input type="checkbox"/> Salary from Employment/Business Income/ <i>Gaji daripada pekerjaan /Pendapatan Perniagaan</i>	<input type="checkbox"/> Sales of Investment (shares, unit trust etc.) / <i>Jualan pelaburan (saham, unit amanah dll)</i>
	<input type="checkbox"/> Saving from Employment/Business / <i>Simpanan dari pekerjaan/ perniagaan</i>	<input type="checkbox"/> Benefit from insurance policy/takaful certificate / <i>Faedah daripada polisi insurans/sijil takaful</i>
	<input type="checkbox"/> Rental Income / <i>Pendapatan Sewa</i>	<input type="checkbox"/> Other, Please Specify : <i>Lain-lain, sila nyatakan</i>

**PART C: DECLARATION AND AUTHORISATION**  
**BAHAGIAN C: PENGISYTIHARAN DAN KEBENARAN**

I declare that the information given in this form and any documents submitted are true and accurate. / *Saya mengesahkan bahawa maklumat dalam borang ini dan sebarang dokumen yang dikemukakan adalah benar dan tepat.*

I/We hereby request that this policy be changed according to the details provided. I/We understand and agree that any letter or endorsement from Zurich confirming that the requested changes are granted, modified, or varied will become part of the policy. I/We further agree that these changes shall not take effect until the request is approved by Zurich Life Insurance Malaysia Berhad. / *Saya/Kami dengan ini meminta agar polisi ini diubah mengikut butiran yang diberikan. Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa sebarang surat atau pengesahan daripada Zurich yang mengesahkan bahawa perubahan yang diminta telah diluluskan, diubah, atau diubah suai akan menjadi sebahagian daripada polisi tersebut. Saya/Kami juga bersetuju bahawa perubahan ini tidak akan berkuat kuasa sehingga permohonan diluluskan oleh Zurich Life Insurance Malaysia Berhad.*

I/We also acknowledge and agree that any changes to personal details, whether for an individual or company, submitted through this application, amendment form, or any related documents will apply to the current policy and all policies under the same NRIC/Passport/Registration Number with Zurich Life Insurance Malaysia Berhad. / *Saya/Kami juga mengakui dan bersetuju bahawa sebarang perubahan kepada butiran peribadi, sama ada untuk individu atau syarikat, yang dikemukakan melalui permohonan ini, borang pindaan, atau sebarang dokumen berkaitan akan dikenakan kepada polisi yang sedia ada dan semua polisi di bawah nombor Kad Pengenalan/Pasport/No. Pendaftaran yang sama dengan Zurich Life Insurance Malaysia Berhad.*

