

Peribadi & Sulit

Borang Pengisytiharan Kesihatan / Health Declaration Form

Nombor Sijil

Certificate Number

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

NOTA PENTING / IMPORTANT NOTICE

Kenyataan Penting: Sila ambil perhatian bahawa menurut Seksyen 5 Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, anda adalah dengan ini diingatkan bahawa:

Important Notice: Please take note that pursuant to Section 5 Schedule 9 of the Islamic Financial Services Act 2013, you are hereby reminded that:

- 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 sijil anda dikuatkuasakan semula menurut borang ini. Kegagalan anda untuk berbuat demikian boleh mengakibatkan pihak kami tidak meneruskan penguatkuasaan semula sijil anda, perubahan terhadap terma sijil, penangguhan atau penolakan terhadap tuntutan, jika penguatkuasaan semula atau permohonan tersebut telah diluluskan oleh kami.
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 certificate is revived pursuant to this form. Failure to disclose may result in us avoiding the reinstatement/application of your certificate, changes to certificate terms, deferral or rejection of claims, if such reinstatement or application has been approved by us.
- Wang yang dibayar kepada kami berserta borang permohonan atau penguatkuasaan semula ini tidak boleh dianggap sebagai pembayaran kepada caruman tertunggak yang belum dibayar oleh anda untuk Sijil 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 berserta borang permohonan ini TIDAK boleh dianggap sebagai kelulusan bagi sebarang permohonan atau penguatkuasaan semula.
Any money paid to us together with this reinstatement or application form shall not be treated as payment towards any outstanding contribution not yet paid by you for the Certificate, 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.
- Jika Peserta dan Orang Yang Dilindungi adalah bukan orang yang sama, sila lengkapkan kedua-dua bahagian Peserta dan Orang Yang Dilindungi. Jika **Peserta** dan **Orang Yang Dilindungi** adalah orang yang sama, sila lengkapkan bahagian Peserta sahaja.
*If the Participant and the Person Covered are not the same person, please complete both the Participant and Person Covered sections respectively. If the **Participant** and the **Person Covered** are the same person, please complete the Participant section only.*
- Untuk Sijil Juvana, sekiranya Orang Yang Dilindungi telah mencapai umur majoriti, Orang Yang Dilindungi dikehendaki menandatangani borang ini.
For Juvenile Certificate, if the Person Covered has attained the age of majority, the Person Covered is required to sign this form.
- Untuk Pasangan Pencarum, sila lengkapkan bahagian Pasangan Pencarum.
For Contributor's Spouse please complete the Contributor's Spouse section.

BUTIR-BUTIR PESERTA, ORANG YANG DILINDUNGI & PASANGAN PENCARUM**DETAILS OF PARTICIPANT, PERSON COVERED & CONTRIBUTOR'S SPOUSE**

Nama Peserta / Name of Participant	No K.P. Baru / New IC No:
Nama Orang Yang Dilindungi / Name of Person Covered	No K.P. Baru / New IC No:
Nama Pasangan Pencarum (Jika Ada) / Name of Contributor's Spouse (if any)	No K.P. Baru / New IC No:

JENIS PERMOHONAN
TYPE OF APPLICATION

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

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Penguatkuasaan Semula
Reinstatement | <input type="checkbox"/> Penambahan Manfaat
Addition of Benefits | <input type="checkbox"/> Kenaikan Jumlah Dilindungi
Increase of Sum Covered | <input type="checkbox"/> Pertukaran Pelan
Change of Plan | <input type="checkbox"/> Semak Semula Sijil
Certificate Review |
|---|---|--|---|---|

Nombor Sijil

Certificate Number

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

* Nota : Wajib menjawab semua soalan di bawah / Note : Compulsory to complete all the questions below	Peserta Participant		Orang Yang Dilindungi Person Covered		Pasangan Pencarum Contributors Spouse	
	Ya/ Yes	Tidak/ No	Ya/ Yes	Tidak/ No	Ya/ Yes	Tidak/ No
Sila jawab soalan – soalan dibawah / Please answer the question below.						
(d) Demam kuning, hepatitis, pembawa hepatitis, ulser gastrik atau duodenum, hernia, hemorrhoid atau lain-lain gangguan atau penyakit perut, usus, hati atau pundi hempedu? <i>Jaundice, hepatitis, being a hepatitis carrier, duodenal or gastric ulcer, hernia, haemorrhoids or any disorders or diseases of the stomach, intestines, liver, gallbladder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Sebarang kewujudan protein atau darah dalam air kencing, batu karang atau penyakit buah pinggang, pundi kencing, prostat atau sebarang penyakit genitourinari? <i>Any protein or blood in the urine, kidney stones or diseases of the kidneys, bladder, prostate or genitourinary system?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Kencing manis, gula dalam air kencing, kandungan gula dalam darah yang tidak normal, goiter atau penyakit tiroid, endokrin atau lain-lain kelenjar? <i>Diabetes, sugar in the urine, abnormal blood sugar levels, goiter or diseases of the thyroid, endocrine or other glands?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Arthritis, gout, reumatik atau sebarang gangguan atau penyakit leher, otot, tulang, sendi, anggota tangan dan kaki atau tulang belakang? <i>Arthritis, gout, rheumatism or any disease, disorder or weakness of the neck, muscles, bones, joints, limbs or spine?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Epilepsi, sawan, kebas, pengsan, migraine, ketaknormalan gaya berjalan atau keseimbangan, gangguan mental, gangguan otak atau sebarang penyakit sistem saraf? <i>Epilepsy, fits, numbness, fainting spells, migraine, abnormality of gait or balance, mental disorder, brain disease or nervous system?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Kanser, sista, ketumbuhan atau sebarang tumor (benigna atau maligna) atau sebarang penyakit kulit? <i>Cancer, cyst, growth or tumour (benign or malignant) or any kind of skin disease?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) Pernahkah anda atau pasangan anda diberitahu bahawa anda atau pasangan anda menghadapi sebarang penyakit jangkitan seks, AIDS, jangkitan HIV atau ujian darah positif bagi HIV? <i>Have you or your spouse been told that you or your spouse have any sexually transmitted disease, AIDS, HIV infection or a positive test to HIV?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k) Adakah anda mempunyai sebarang penyakit, gangguan atau kecederaan teruk lain yang tidak disebutkan di atas, atau selain daripada yang telah didedahkan anda pernah mengalami atau mengalami simptom yang dimana anda: <i>Do you have any other disease, disorder or severe injury not mentioned above, or other than already disclosed have you had or have symptoms for which you:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(a) berhasrat untuk mendapatkan nasihat perubatan <i>intend to seek medical advice</i>						
(b) sedang menunggu rawatan <i>are awaiting treatment</i>						
(c) sedang menunggu keputusan <i>are awaiting results</i>						

Nombor Sijil

Certificate Number

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

<p>* Nota : Wajib menjawab semua soalan di bawah / Note : Compulsory to complete all the questions below</p>	Peserta Participant		Orang Yang Dilindungi Person Covered		Pasangan Pencarum Contributor's Spouse	
	Ya/ Yes	Tidak/ No	Ya/ Yes	Tidak/ No	Ya/ Yes	Tidak/ No

<p>Sila jawab soalan – soalan dibawah / Please answer the question below.</p>						
<p>8. Dalam tempoh 5 tahun yang lalu pernahkah anda: <i>In the past five (5) years, have you:</i></p> <p>(a) 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>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></p> <p>(b) 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>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></p> <p>(c) Pernah mengalami atau masih mengalami sebarang simptom atau aduan yang anda masih belum berunding dengan doktor? <i>Experienced, or are currently still experiencing any symptoms or complaints for which you have not consulted a doctor?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>9. 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>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></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Peserta/ Orang Yang Dilindungi Participant/ Person Covered	Hubungan Relationship	Jenis penyakit Type of illness	Umur penyakit bermula/ diagnosis pertama Age of onset /Age of First Diagnosis	Usia semasa meninggal (jika berkenaan) Age of death (if applicable)

<p>10. PEREMPUAN SAHAJA / FEMALE ONLY</p> <p>(a) Adakah anda sedang hamil sekarang? Jika ya, sila nyatakan: <i>Are you currently pregnant? If yes, please state the following:</i> Tempoh kehamilan / Gestational period: _____ minggu/weeks Tarikh jangka bersalin / Expected date of delivery: _____ Bilangan janin / Number of fetuses: _____</p> <p>(b) 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>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 childbirth?</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"/>

Nombor Sijil
Certificate Number

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

* Nota : Wajib menjawab semua soalan di bawah / Note : Compulsory to complete all the questions below	Peserta Participant		Orang Yang Dilindungi Person Covered		Pasangan Pencarum Contributor's Spouse	
	Ya/ Yes	Tidak/ No	Ya/ Yes	Tidak/ No	Ya/ Yes	Tidak/ No
Sila jawab soalan – soalan dibawah / Please answer the question below.						
<p>11. DENGAN MANFAAT RIDER MATERNITY PROTECTION (MTMP) WITH MATERNITY PROTECTION (MTMP) RIDER</p> <p>(a) Pernahkah anda melahirkan anak? <i>Have you ever given birth?</i></p> <p>(b) Pernahkah anda dinasihatkan oleh doktor perubatan supaya tidak mengandung? <i>Have you been advised by a medical doctor not to conceive?</i></p> <p>(c) Jika anda sedang mengandung, adakah kehamilan anda sekarang melalui bantuan teknologi reproduksi (contohnya tetapi tidak terhad kepada IVF)? <i>If you are currently pregnant, were you conceived through assisted reproductive technology (such as but not limited to IVF)?</i></p> <p>(d) Pernahkah anak anda menghidapi spina bifida, Sindrom Down, palsi serebral, bibir atau langit sumbing, kaki tombol, Anal Atresia, kecacatan Atrial atau Septal ventrikular, penyakit jantung kongenital, katarak, pekak, hernia diafragmatik, seliuh pinggang, Infantile Hydrocephalus, Tetraloji Fallot, tranposisi salur darah utama, atau lain-lain kecacatan fizikal atau perkembangan, penyakit kongenital atau penyakit serius lain yang memerlukan rawatan susulan yang kerap dan berterusan? <i>Have any of your children suffered from spina bifida, Down's Syndrome, cerebral palsy, cleft lip, cleft palate, club foot, Anal Atresia, Atrial or ventricular Septal defect, congenital heart diseases, cataract, deafness, diaphragmatic hernia, hip dislocation, Infantile Hydrocephalus, Tetralogy of Fallot, transposition of great vessels, or any other physical or development defects, congenital illness or any other serious diseases requiring regular follow up or continuous treatment?</i></p> <p>(e) Adakah anda maklum jika pasangan anda mempunyai mana- mana keadaan perubatan yang berikut: gangguan kongenital jantung, gangguan kongenital otak dan saraf tunjang, kongenital katarak, kongenital pekak, sumbing langit dan/atau bibir, kegagalan buah pinggang, penyakit hati (seperti hemakromotosis) atau penyakit keturunan yang lain seperti sakit buah pinggang polistikistik, thalasaemia minor/utama, haemophilia A, penyakit Huntington, distrofi muscular, fibrosis kistik, familial adenomatous, polyposis yang telah didiagnosis sebelum umur 60 tahun? Sila nyatakan nama dan alamat doktor utama / klinik yang anda rujuk untuk kehamilan <i>Are you aware if your spouse has any of the following medical conditions: congenital heart disorder, congenital brain and spinal cord disorder, congenital cataract, congenital deafness, cleft palate and/or lip, renal failure, liver disease (such as haemochromatosis) or any hereditary disease such as polycystic kidney disease, thalassaemia minor/major, haemophilia A, Huntington's disease, muscular dystrophy, cystic fibrosis, familial adenomatous, polyposis that was diagnosed before age 60?</i> <i>Please provide name and address of your main doctor/clinic consulted for pregnancy.</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"/>
	<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"/>
	<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"/>

Nombor Sijil

Certificate Number

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

* Nota : Wajib menjawab semua soalan di bawah / Note : Compulsory to complete all the questions below	Peserta Participant		Orang Yang Dilindungi Person Covered		Pasangan Pencaram Contributor's Spouse	
	Ya/ Yes	Tidak/ No	Ya/ Yes	Tidak/ No	Ya/ Yes	Tidak/ No
Sila jawab soalan – soalan dibawah / Please answer the question below.						
<p>12. UNTUK ANAK BERUMUR DI BAWAH 2 TAHUN SAHAJA / CHILD BELOW 2 YEARS OF AGE ONLY</p> <p>(a) Adakah anak dilahirkan pramatang/kurang daripada 37 minggu? <i>Is the child born premature or pre-term/less than 37 weeks gestation?</i></p> <p>(i) Jika "YA", sila nyatakan minggu ketika lahir. <i>If "YES", please specify weeks at birth?</i></p> <p>(ii) Berapakah berat ketika lahir? (Kg) / What was the birth weight?</p> <p>(iii) Tempoh tinggal di hospital selepas dilahirkan? / Duration of hospital stay after birth? (hari/days)</p> <p>(b) Adakah anak pernah disiasat, dirawat, dinasihatkan untuk mendapatkan rawatan perubatan, dibawah pemerhatian atau susulan untuk sebarang kecacatan kelahiran, masalah kongenital, komplikasi yang perlu dihospitalkan dalam masa 30 hari pertama selepas lahir, perkembangan lambat atau abnormal, penyakit paru-paru atau saluran pernafasan yang kronik/berterusan, keabnormalan darah, penyakit yang diwarisi/genetik atau sebarang kecacatan fizikal atau kecacatan? <i>Has the child ever been investigated, treated, advised to seek further treatment, under observation or follow up for any birth defects, congenital disorder, complications that requires hospitalisation during the first 30 days after birth, developmental slowness or abnormalities, chronic/persistent lung or respiratory disease, blood abnormalities, hereditary/genetic disease/disorder or any other physical defects or impairments?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>13. Jika mana-mana jawapan kepada soalan adalah 'Ya', sila berikan butir-butir lanjut di dalam ruangan yang disediakan dengan merujuk kepada petunjuk dibawah, jika berkenaan <i>If any of the answers to questions is 'Yes', please give details in space provided with reference to the pointers stated below, if applicable.</i></p> <p>(i) Nombor Soalan / Question Number: _____</p> <p>Jenis penyakit dan Tarikh dihidapi / Types of illness and Date of onset: _____ /</p> <p>Diagnosis tepat / Exact diagnosis: _____</p> <p>Jenis ujian, tarikh, keputusan dan sebab / Type of tests done, date, results and reason: _____</p> <p>_____</p> <p>Jangkamasa dan tahap kecederaan/penyakit dan tarikh rawatan susulan terakhir: <i>Duration and severity of illness/injury and date of last follow up:</i></p> <p>_____</p> <p>Jenis rawatan atau susulan / Type of treatment or follow up: _____</p> <p>_____</p> <p>Keadaan semasa / Current condition: _____</p> <p>Nama dan alamat doktor/klinik atau hospital yang merawat / Name and address of attending doctor/clinics or hospital</p> <p>_____</p> <p>Apa-apa maklumat lain sila kemukakan laporan perubatan jika ada / Any other information please submit medical report if any</p>						

Nombor Sijil
Certificate Number

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

(ii) Nombor Soalan / Question Number:

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

Diagnosis tepat / Exact diagnosis:

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

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

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

Keadaan semasa / Current condition:

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

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

(iii) Nombor Soalan / Question Number:

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

Diagnosis tepat / Exact diagnosis :

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

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

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

Keadaan semasa / Current condition:

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

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

KENYATAAN PENGAKUAN PESERTA, ORANG YANG DILINDUNGI, PASANGAN PENCARUM (JIKA ADA)
STATEMENT OF DECLARATION BY PARTICIPANT, PERSON COVERED, CONTRIBUTOR'S SPOUSE (IF ANY)

1. 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, 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.

Nombor Sijil
Certificate Number

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

2. Saya/Kami bertanggungjawab untuk memberitahu Zurich Takaful Malaysia Berhad ("**ZTMB**") mengenai perubahan kepada kesihatan Orang Yang Dilindungi/Pasangan yang telah berlaku selepas tarikh permohonan ini ditandatangani atau yang mungkin berlaku sebelum tarikh permohonan ini diluluskan dan Saya/Kami bersetuju bahawa atas kegagalan pendedahan sedemikian, ZTMB berhak untuk menolak permohonan ini.
*I/We have the duty to inform Zurich Takaful Malaysia Berhad ("**ZTMB**") of the change in the state of the health of the Person Covered/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, ZTMB shall be entitled to reject this application.*
3. Saya/Kami dengan ini membenarkan mana-mana doktor perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans/takaful atau organisasi, institusi atau orang lain, yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya/kami atau sesiapa yang akan diinsuranskan/dilindungi atau kesihatan saya/kami, untuk mendedahkan kepada ZTMB atau wakilnya sebarang dan semua maklumat mengenai saya atau sesiapa yang akan diinsuranskan/dilindungi dengan merujuk kepada sejarah kesihatan dan perubatan saya/kami dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan atau penyakit dan salinan fotostat kebenaran ini akan dianggap sebagai sah dan tulen sepertimana salinan asal.
I/We hereby authorise any physician, hospital, clinic, insurance/Takaful company or other organisation, institution or person that has any records or knowledge of me/us or any persons to be insured/covered or my/our health, to disclose to ZTMB or its representative any and all information about me or any persons to be insured/covered with reference to my/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.
4. Saya/Kami faham bahawa ZTMB memerlukan saya/kami memberi dan sentiasa mengemaskini maklumat peribadi saya/kami dalam rekod ZTMB, termasuk kewarganegaraan, alamat rumah dan surat-menyurat, pekerjaan, maklumat tentang majikan/perniagaan, dan butiran perhubungan. Maka, saya/kami akan memberi ZTMB maklumat peribadi yang terkini dalam borang yang dikehendaki oleh ZTMB bersama dengan permohonan ini, jika maklumat dalam rekod ZTMB adalah tidak lengkap/menjadi tidak betul. Saya/Kami akan merujuk kepada www.zurich.com.my untuk borang yang dikehendaki oleh ZTMB untuk mengemaskinikan maklumat tersebut.
I/We understand that ZTMB requires me/us to provide and keep my/our personal information in ZTMB's record updated, including nationality, residential and mailing addresses, occupation, details regarding employer/business, and contact details. As such, I/we will provide ZTMB with the updated personal information in the form ZTMB requires together with this application, if the information in ZTMB's record is incomplete/becomes incorrect. I/We shall refer to www.zurich.com.my for the form required to update the information.

Kegunaan Pejabat Sahaja /
For Office Use Only



Takaful

Nombor Sijil

Certificate Number

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

PENGISYTIHARAN PERTUKARAN AUTOMATIK MAKLUMAT CUKAI (AEI)
DECLARATION FOR AUTOMATED EXCHANGE OF TAX INFORMATION (AEI)

Saya mengakui dan bersetuju bagi pihak diri saya dan mana-mana orang, firma atau perbadanan, yang mungkin mempunyai atau menuntut apa-apa kepentingan ke atas Sijil tersebut seperti berikut:

I declare and agree on behalf of myself and any person or persons, firm, or corporation, who may have or claims any interest in the above stated Certificate by the following:

Nota: Sila tandakan (✓) pada kotak yang sesuai / Note: Please tick (✓) the appropriate box

		Peserta Participant	
		Ya/ Yes	Tidak/ No
Individu / Individual			
a.	Adakah anda sekarang Pemastautin Malaysia untuk Tujuan Cukai? <i>Are you a Malaysia Resident for Tax Purpose?</i>		
b.	Adakah anda seorang warganegara Amerika Syarikat atau Pemastautin/ Pembayar Cukai di Amerika Syarikat? <i>Are you a United States Citizen or United States Resident/Taxpayer?</i>		
c.	Adakah anda seorang Pemastautin untuk Tujuan Cukai/ Pembayar Cukai mana-mana negara selain daripada Malaysia dan Amerika Syarikat? <i>Are you a Resident for Tax Purpose/ Taxpayer of any country other than Malaysia and United States?</i>		
Entiti / Entity			
d.	Adakah Syarikat / Entiti diperbadankan di luar Malaysia? <i>Is the Company/ Entity incorporated outside Malaysia?</i>		
e.	Adakah terdapat satu atau lebih individu yang mengawal Syarikat/Entiti tersebut di mana beliau adalah pemastautin cukai selain daripada Malaysia? <i>Is the controlling person(s) a tax resident anywhere other than Malaysia?</i>		

Saya memperakui bahawa pada masa ini, saya bukanlah warganegara, pemastautin atau orang yang tertakluk pada undang-undang cukai negara-negara lain kecuali dan melainkan untuk negara-negara yang telah saya isytiharkan. Saya dengan ini bersetuju untuk memaklumkan kepada Syarikat secara bertulis sekiranya berlaku perubahan status saya di masa depan, untuk apa jua sebab, menjadikan saya tertakluk pada mana-mana undang-undang percukaian atau perundangan mana-mana negara lain. Saya dengan ini memberikan kebenaran tidak bersyarat kepada Syarikat untuk memaklumkan mana-mana pihak berkuasa cukai asing yang berkaitan, di mana menjadikan Syarikat atau saya tertakluk pada apa-apa perubahan pada status cukai saya pada masa depan tanpa perlu memberikan notis terlebih dahulu kepada saya untuk apa-apa tindakan yang berkaitan.

I declare that at this time, I am not a citizen, resident, or person subject to the taxation laws of any other country except for the country or jurisdiction which I have declared herein. I hereby undertake to notify the Company in writing in the event that my status changes in the future, for any reason, causing me to become subject to any taxation law or legislation of any other country. I hereby grant that the Company my full and unconditional authority to notify any relevant foreign tax authority to which Company considers that the Company or I become subject as a result of any future change to my taxation status without giving me prior notice for such actions.

Kegunaan Pejabat Sahaja /
For Office Use Only



Takaful

Nombor Sijil
Certificate Number

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

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

Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa dengan mendaftar untuk mana-mana produk yang ditawarkan oleh Zurich Takaful Malaysia Berhad ("Syarikat"), berinteraksi dengan Syarikat dan mengemukakan maklumat saya/kami kepada Syarikat, saya/kami telah bersetuju dengan pengumpulan, pemprosesan, penggunaan dan perkongsian data peribadi saya/kami termasuk data peribadi sensitif saya/kami oleh dan untuk Syarikat. / I/We understand and agree that by signing up for any products offered by Zurich Takaful 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 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 penyiataan 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 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 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 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 pertanyaan atau aduan (seperti mengehadkan pemprosesan 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. / 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.

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. / 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.

Borang Usaha Wajar Pelanggan / Customer Due Diligence Form

Nombor Sijil

Certificate Number

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

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

1. 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. / 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.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Peserta / Participant | <input type="checkbox"/> ** Penamaan/Pemegang Amanah / Nominee/Trustee |
| <input type="checkbox"/> Orang Yang Dilindungi / Person Covered | <input type="checkbox"/> ** Orang Yang Diberi Kuasa dan Pemilik Benefisial / Authorised Personnel and Beneficial Owner |
| <input type="checkbox"/> Pasangan Pencarum / Contributor's Spouse | <input type="checkbox"/> ** Pencarum Pihak Ketiga / Third Party Contributor |
| <input type="checkbox"/> ** Pemegang Hak Serah / Assignee | <input type="checkbox"/> Tiada Perubahan untuk semua pihak / No changes for all parties |

**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).

**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).

Butir- Butir / Details	Butir-butir Peserta / Participant Details	Butir-butir Orang Yang Dilindungi/Pasangan Pencarum / Person Covered/Contributor's Spouse Details
Nama Penuh Full Name		
No. ID ID No.		
Kewarganegaraan Nationality		
Tarikh Luput Pasport Passport Expiry Date		
Tarikh Lahir Date of Birth		
Industri Industry		
Pekerjaan dan Jenis Tugasan Occupation & Exact Duties		
Nama Majikan atau Perniagaan Name of Employer or Business		
Alamat Majikan atau Perniagaan Employer or Business Address		
E-mel Email		

Kegunaan Pejabat Sahaja / For Office Use Only					

Nombor Sijil

Certificate Number

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

BAHAGIAN D: NOTIS AKTA PERLINDUNGAN DATA PERIBADI 2010
PART D: PERSONAL DATA PROTECTION ACT 2010 NOTICE

Saya/Kami memahami dan bersetuju bahawa dengan mendaftar untuk mana-mana produk yang ditawarkan oleh Zurich Takaful 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 by signing up for any products offered by Zurich Takaful 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 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 penyiataan 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 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 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 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 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. / 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.

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. / 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.

BAHAGIAN E: TANDATANGAN PESERTA
PART E: SIGNATURE OF PARTICIPANT

Sila pastikan tandatangan anda di dalam borang ini adalah sama seperti di dalam borang permohonan atau rekod tandatangan terkini (jika ada) dengan kami. / Please ensure that the signature on this form matches the one in the application form or the latest signature on record (if any) with us.

Tandatangan Peserta / Signature of Participant * Selain daripada individu, Cop Syarikat diperlukan / * Other than Individual, Company's Stamp is required	Nama / Name :	_____
	No ID / ID No. :	_____
	Tarikh / Date :	_____
	Tempat / Place :	_____

Last Edited :