



P000820041

**REINSTATEMENT APPLICATION FORM
BORANG PERMOHONAN PENGEMBALIAN SEMULA**

IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING

1. **PERSONAL DATA** – Hong Leong MSIG Takaful Berhad (“the Takaful Operator”) safeguards your personal data in accordance with applicable laws in Malaysia. The Takaful Operator uses personal data in accordance with the Takaful Operator Notice on Personal Data as may be amended from time to time (“Notice on Personal Data”). The Notice on Personal Data explains the data collection purposes, the persons to whom the Operator may transfer data, your data access and correction rights and how you may contact the Takaful Operator’s Data Protection Officer. Copies of the Notice on Personal Data will be given to you (whether by hard copy or by e-mail) and is also available from the Takaful Operator’s website (www.hlmtakaful.com.my)
DATA PERIBADI – Hong Leong MSIG Takaful Berhad (“Pengendali Takaful”) melindungi data peribadi anda selaras dengan undang-undang di Malaysia. Pengendali Takaful menggunakan data peribadi mengikut Notis Data Peribadi Pengendali Takaful sebagaimana dipinda dari semasa ke semasa (“Notis Data Peribadi”). Notis Data Peribadi menerangkan tujuan pengumpulan data, orang yang kepadanya Pengendali Takaful boleh memindahkan data, data akses anda dan hak-hak pembedahan anda dan bagaimana anda boleh menghubungi Pegawai Perlindungan Data Pengendali Takaful. Salinan Notis berkenaan Data Peribadi akan diberi kepada anda (sama ada melalui salinan cetak atau e-mel) dan juga boleh didapati di laman web Pengendali Takaful (www.hlmtakaful.com.my)
2. In accordance with Anti-Money Laundering and Anti-Terrorism Financing Act 2001 and related Guidelines issued by Bank Negara Malaysia, the Takaful Operator is required to identify and verify the identity of its customers. In the event of insufficient proof of identification, it may result in non-acceptance of this application.
 Menurut Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram dan Akta Pencegahan Pembiayaan Keganasan 2001 dan garis panduan berkaitan yang dikeluarkan oleh Bank Negara Malaysia, Pengendali Takaful dikehendaki mengenalpasti dan mengesahkan identiti pelanggannya. Sekiranya bukti pengenalan tidak diberikan secukupnya, ia boleh menyebabkan permohonan ini mungkin tidak diterima.
3. Any amendment must be countersigned by the Participant/Person Covered. Correction fluid is strictly not allowed.
 Sebarang pembedahan mestilah ditandatangani oleh Peserta/Orang Yang Dilindungi. Cecair pembedahan adalah tidak dibenarkan sama sekali.
4. Based on requirements imposed by Bank Negara Malaysia on Replacement of Certificate (ROC) dated 8 July 2020, it is not mandatory for a participant to fill up Section C: Health Declaration and Lifestyle for reinstatement request to reinstate an original certificate in ROC detection process in accordance with paragraph 5(i) of the ROP circular or paragraph 5.1(i) of the ROC circular.
 Berdasarkan syarat yang dikenakan oleh Bank Negara Malaysia mengenai Penggantian Sijil bertarikh 8 Julai 2020, ia adalah tidak wajib bagi peserta untuk mengisi Bahagian C: Deklarasi Kesihatan dan Gaya Hidup untuk pengembalian semula sijil yang asal menurut perenggan 5 (i) pekeliling Penggantian Polisi atau perenggan 5.1 (i) pekeliling Penggantian Sijil.

CERTIFICATE NO / NO SIJIL:

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

SECTION A: PERSONAL DETAILS / BAHAGIAN A: BUTIR-BUTIR PERIBADI		
PERSONAL DETAILS BUTIR-BUTIR PERIBADI	NAME OF PERSON COVERED NAMA ORANG YANG DILINDUNGI	PARTICIPANT if other than Person Covered. (Must be at least 18 years of age) PEPERTA selain daripada Orang Yang Dilindungi. (Umur mestilah sekurang-kurangnya 18 tahun)
1. Full Name (Per IC/BC/Passport) [Nama Penuh (Sebagaimana di dalam KP/Sijil Kelahiran/Pasport)]		
2. New IC No/Old IC No/BC/Passport/CO Registration No [No KP Baru/ No KP Lama/Sijil Kelahiran/Pasport/Pendaftaran Syarikat]		
3. Occupation & Exact Duties Pekerjaan & Tugas-tugas sebenar		
4. Nationality Kewarganegaraan		
5. Date of Birth Tarikh Lahir		

Hong Leong MSIG Takaful Berhad 200601018337 (738090-M)

Level 5, Tower B, PJ City Development, No. 15A, Jalan 219, Seksyen 51A, 46100 Petaling Jaya, Selangor Darul Ehsan

Tel +603 7650 1800 Fax +603 7620 6730

V1.1_June2021

www.hlmtakaful.com.my

The winner of

Global Halal Excellence Awards 2020, Excellence in Insurance & Takaful | International Business Magazine Awards 2021, Best Takaful Operator Malaysia

6. Name of Employer <i>Nama Majikan</i>		
7. Nature of Business <i>Jenis Perniagaan</i>		
8. Annual Income <i>Pendapatan Tahunan</i>		
9. Residential Address <i>Alamat Rumah</i>		
10. Correspondence Address <i>Alamat Surat Menyurat</i>		
11. Source of Funds <i>Sumber Dana</i>		
12. Source of Wealth <i>Sumber Kekayaan</i>		

SECTION B: DETAILS OF EXISTING FAMILY TAKAFUL OR LIFE INSURANCE COVERAGE/ BAHAGIAN B: BUTIRAN PERLINDUNGAN SEDIA ADA TAKAFUL KELUARGA ATAU INSURANS HAYAT					
1(a) Has any proposal for family takaful or life insurance or for takaful / insurance against accident illness, medical or health even been made to us or any other takaful operator or insurance company (including proposal about to be submitted)? If yes, please provide details. <i>Pernahkah anda memohon untuk takaful keluarga atau insurans hayat atau untuk takaful/insurans berkaitan dengan kemalangan, penyakit kritikal, perubatan atau kesihatan dengan kami atau mana-mana pengendali takaful atau syarikat insurans yang lain (termasuk permohonan yang akan dikemukakan)? Jika ya, sila berikan maklumat terperinci.</i>					<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
	Name of Takaful Operator/ <i>Nama Pengendali Takaful</i>	Sum Covered / <i>Jumlah Dilindungi</i>			Date Issued/ <i>Tarikh Dikeluarkan</i>
		Family Takaful/ <i>Takaful Keluarga</i>	Accident/ <i>Kemalangan</i>	Critical Illness / <i>Penyakit Kritikal</i>	
Person Covered/ <i>Orang Yang Dilindungi</i>					
Participant / <i>Peserta</i>					
b) Has any such proposal ever been declined, deferred or accepted at special rates? <i>Pernahkah sebarang cadangan tersebut ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan kadar tertentu?</i>					<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
Name of Takaful Operator / <i>Nama Pengendali Takaful</i>		Reason for declined, deferred or accepted at special rates <i>Sebab ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan kadar tertentu</i>			

2. Note: it may not be advantageous to replace an existing family takaful certificate / life insurance policy with a new one. You may need to bear additional charges due to replacement of the family takaful certificate / life insurance policy if you intend to do so; we recommend that you consult your present takaful operator / insurer before making a final decision.
 Note: menggantikan sijil takaful keluarga / polisi insurans hayat yang sedia ada dengan yang baru mungkin tidak memberi sebarang kelebihan. Anda mungkin perlu menanggung caj tambahan untuk menggantikan sijil takaful keluarga / polisi insurans hayat tersebut. Jika anda ingin berbuat demikian, kami cadangkan supaya anda mendapatkan nasihat daripada pengendali takaful / syarikat insurans anda sebelum membuat keputusan muktamad.

2. (a) Do you intend to surrender or terminate any of your existing family takaful certificate or life insurance policy with the application of this new proposal (although you may not receive any returns under this certificate or policy or the returns may be less than the total amount of contribution or premium paid)? Yes / Ya
 Adakah anda berhasrat untuk menyerahkan atau menamatkan mana-mana sijil takaful keluarga atau polisi insurans hayat anda sekarang dengan cadangan baru ini (walaupun anda mungkin menerima pulangan yang kurang atau tiada langsung berbanding sumbangan atau premium yang telah dibayar)? No / Tidak

2. (b) Is there any party that has influenced you to surrender or terminate any of your existing certificate? Yes / Ya
 If the answer is yes, please answer Question 2. (c)
 Adakah anda dipengaruhi oleh mana-mana pihak untuk menyerahkan atau menamatkan mana-mana sijil anda yang sedia ada ? Jika jawapan ialah 'Ya', sila jawab soalan 2. (c) No / Tidak

2. (c) Were you satisfied with the explanation given to you ? Yes / Ya
 Adakah anda berpuas hati dengan penerangan yang diberikan? No / Tidak

SECTION C: HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE / BAHAGIAN C: BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP																				
Tick (✓) where applicable/Tandakan (✓) yang mana sesuai.	Person Covered / Orang Yang Dilindungi		Participant / Peserta																	
	1. (a) What is your present Height and Weight? Berapakah Berat dan Tinggi anda sekarang?	a) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>cm</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>kg</td></tr></table>					cm				kg	a) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>cm</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>kg</td></tr></table>					cm			
			cm																	
			kg																	
			cm																	
			kg																	
(b) Has your weight changed by more than 5kg in the past 12 months? If yes, how much and why? Adakah berat badan anda berubah lebih dari 5 kg dalam 12 bulan yang lepas? Jika ya, berapa banyak dan mengapa? _____	b) <table border="1"><tr><td></td><td>Yes / Ya</td></tr><tr><td></td><td>No/Tidak</td></tr></table>			Yes / Ya		No/Tidak	b) <table border="1"><tr><td></td><td>Yes / Ya</td></tr><tr><td></td><td>No/Tidak</td></tr></table>			Yes / Ya		No/Tidak								
	Yes / Ya																			
	No/Tidak																			
	Yes / Ya																			
	No/Tidak																			
2. Do you have a regular Doctor? If yes, please provide the name and address of the Doctor. Adakah anda mempunyai Doktor yang tetap? Jika ya, sila nyatakan nama dan alamat Doktor tersebut. _____	Yes/Ya	No/Tidak	Yes/Ya	No/Tidak																
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																

<p>3. Do you consume beer, wine or other alcoholic drinks? If yes, please provide details. <i>Adakah anda minum bir, wain atau minuman beralkohol yang lain? Jika ya, sila nyatakan maklumat terperinci.</i></p> <p>Person Covered <i>Orang Dilindungi</i></p> <p>Beer/Stout <i>Bir/Stout</i></p> <p>Small bottles <i>Botol kecil</i></p> <p>Wine <i>Wain</i></p> <p>Glasses <i>Gelas</i></p> <p>Whiskey/brandy/others <i>Whiski/brandi/lain-lain</i></p> <p>Participant <i>Peserta</i></p> <p>Beer/Stout <i>Bir/Stout</i></p> <p>Small bottles <i>Botol kecil</i></p> <p>Wine <i>Wain</i></p> <p>Glasses <i>Gelas</i></p> <p>Whiskey/brandy/others <i>Whiski/brandi/lain-lain</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>4. Do you smoke cigarettes or have you smoked any cigarettes in the past 12 months? If yes, please state details below: <i>Adakah anda merokok atau adakah anda pernah merokok dalam masa 12 bulan lepas? Jika ya, sila nyatakan butir-butir berikut:</i></p> <p>Person Covered <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sticks per day <i>Orang Dilindungi batang sehari</i></p> <p>Participant <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sticks per day <i>Peserta batang sehari</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>5. Have you taken any drugs or narcotics or consumed alcohol excessively or been treated for alcoholism or drug addiction? <i>Adakah anda mengambil apa-apa jenis dadah atau meminum alkohol secara berlebihan atau pernah dirawat kerana ketagihan alkohol atau dadah?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>6. Did you reside abroad continuously for more than one (1) month during the last three (3) years? <i>Pernahkah anda tinggal di luar Negara secara berterusan melebihi satu (1) bulan semenjak tiga (3) tahun yang lepas?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>7. Do you or have you engaged or contemplated engaging in any private flying or hazardous sports, racing, or any other hazardous activities? <i>Adakah anda pernah terlibat atau bercadang menyertai sebarang penerbangan peribadi atau sukan merbahaya, perlumbaan atau sebarang aktiviti merbahaya?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>8. Have any of your immediate family members (father, mother, brothers, sisters) ever suffered from or died as result of diabetes, heart disease, stroke, cancer, or any hereditary disease before the age of 60 years? <i>Adakah sesiapa di kalangan ahli keluarga terdekat (bapa, ibu, kakak, abang, adik) pernah mengalami atau meninggal dunia disebabkan oleh diabetes, penyakit jantung, strok, kanser atau sebarang penyakit keturunan sebelum umur 60 tahun?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>9. Do you have or been told to have any physical impairment, congenital abnormality or poor health? <i>Adakah atau pernahkah anda diberitahu bahawa anda mengalami kecacatan fizikal, kecacatan sejak dilahirkan atau tahap kesihatan yang lemah?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>10. Have you ever had, or been told to have or been treated for: - <i>Pernahkah anda mengalami, atau diberitahu mengalami atau dirawat untuk :-</i></p> <p>a) Disease of the eyes, ears, nose, mouth or throat? <i>Penyakit mata, telinga, hidung, mulut atau tekak?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>b) Asthma, tuberculosis, respiratory or lung disease? <i>Asma, batuk kering, penyakit respiratori atau paru-paru?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>c) Discomfort or tightness of chest, chest pains, palpitation, stroke, heart attack, raised cholesterol, high blood pressure, anemia, or disorders or disease of the blood, heart or blood vessels? <i>Ketidakselesaan atau sesak dada, sakit dada, palpitasi, angin ahmar, serangan jantung, kolestrol meningkat, tekanan darah tinggi, anemia atau gangguan atau penyakit darah, jantung atau saluran darah?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

d) Jaundice, hepatitis, being a hepatitis carrier, duodenal or gastric ulcer, hernia, hemorrhoids or disorders or disease of the stomach, intestines, liver or gallbladder? <i>Demam kuning, hepatitis, pembawa hepatitis, ulser gastrik atau duodenum, hernia, hemorrhoid atau lain-lain gangguan atau penyakit perut, usus, hati atau pundi hempedu?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Persistent protein or blood in the urine, kidney stone or disease of the kidneys, bladder, prostate, genito-urinary system? <i>Protein atau darah yang berterusan dalam air kencing, batu karang, atau penyakit buah pinggang, pundi kencing, prostat, atau sebarang penyakit genitourinary?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Diabetes, sugar in the urine, goiter or disease of thyroids, endocrine or other glands? <i>Kencing manis, gula dalam air kencing, gondok, penyakit tiroid, endokrin atau kelenjar-kelenjar lain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Arthritis, gout, rheumatism or any disease, disorder or weakness of the neck, muscles, bones, joints, limbs or spine? <i>Arthritis, gout, reumatik atau sebarang gangguan atau penyakit leher, otot, tulang, sendi, anggota tangan dan kaki, atau tulang belakang?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Epilepsy, fits, numbness, fainting spells, migraine, abnormality of gait or balance, mental disorder, disease of the brain or nervous system? <i>Epilepsi, sawan, kebas, pengsan, migrain, ketaknormalan gaya berjalan atau kesimbangan, gangguan mental, penyakit otak atau sebarang penyakit sistem saraf?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Cancer, cyst, growth or tumor (benign or malignant) or any kind of chronic skin disease? <i>Kanser, sista, pertumbuhan atau sebarang ketumbuhan (benign atau malignant) atau sebarang penyakit kulit yang kronik?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Have you or your spouse been told to have, received any medical advice, counseling or treatment in connection with sexually transmitted disease, AIDS, AIDS-related conditions or a positive blood test for antibodies to the AIDS virus (HIV) or at any time in the past three months had any of the following symptoms for more than one week continuously: fatigue, weight loss, diarrhea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? <i>Pernahkah anda atau pasangan anda diberitahu menghidap, menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berhubung dengan penyakit jangkitan seks, AIDS, sebarang situasi yang berkaitan dengan AIDS atau ujian darah positif bagi antiboditerhadap virus AIDS(HIV) atau pada bila-bila masa dalam 3 bulan yang lepas mengalami sebarang gejala-gejala berikut selama lebih satu minggu secara berterusan: keletihan, penurunan berat badan, cirit-birit, pembesaran nodus limfa atau luka kulit yang luar biasa?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. In the past five (5) years, have you had any diagnostic tests like: <i>Dalam tempoh lima (5) tahun yang lalu, pernahkah anda menjalani ujian diagnostik seperti:</i> (i) X-ray / X-ray (ii) Electrocardiogram (ECG)/ Elektrokardiogram (ECG) (iii) Blood test / Ujian darah (iv) Biopsy / Biopsi (v) Others (please specify) <i>Lain-lain (sila nyatakan)</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Have you ever had any illness, injury, operation, medical advice, hospital treatment or physical check-ups not mentioned above or not of a routine nature (EXCEPT for normal illness like fever, flu or cough)? <i>Pernahkah anda mengalami / mendapat penyakit, kecederaan, pembedahan, nasihat perubatan, rawatan hospital atau pemeriksaan perubatan fizikal yang tidak disebut di atas dan bukan biasa (SELAIN DARIPADA penyakit biasa seperti demam, selsema atau batuk)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Has any of your proposal for family takaful, life insurance, personal accident, hospitalization and surgical, critical illness or any type of certificates/riders with us or any other takaful operators or insurance companies ever been declined, deferred or accepted at special rates? <i>Pernahkah sebarang cadangan takaful keluarga, insurans hayat, kemalangan peribadi, penghospitalan dan pembedahan, penyakit kritikal atau sebarang jenis sijil/rider bersama kami atau pengendali takaful atau syarikat nsurans yang lain pernah ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan kadar tertentu?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. FEMALE ONLY/ PEREMPUAN SAHAJA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(a) Are you pregnant currently? If yes, at what stage? <i>Adakah anda hamil sekarang? Jika ya, pada peringkat berapa?</i>		<input type="text"/>	Month/ Bulan	<input type="text"/>	Month/ Bulan
(b) Have you ever had any one/more of the following: disease of the breasts/female organs; breasts lump; menstrual disorders; abnormal pap smear or any complications of pregnancy / child birth? <i>Pernahkah anda mengalami sebarang penyakit payudara / organ wanita; gumpalan payudara; gangguan kitaran haid; pap smear tidak normal atau komplikasi semasa mengandung / bersalin?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECTION C: HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE / BAHAGIAN C: BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP					
15. CHILD BELOW 2 YEARS OF AGE ONLY/KANAK-KANAK BERUMUR DI BAWAH 2 TAHUN SAHAJA					
Is the child born premature or pre-term? <i>Adakah kanak-kanak lahir tidak cukup bulan atau sebelum tempoh?</i>		<input type="checkbox"/>	Yes / Ya	<input type="checkbox"/>	No / Tidak
What was the birth weight? <i>Berapakah berat ketika lahir?</i>		<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	kg
Duration of hospital stay after birth? <i>Tempoh tinggal di hospital selepas dilahirkan?</i>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Days / Hari
16. If any of the answers to questions 1 through 14 is 'Yes', please give details in space provided with reference to the pointers stated below; if applicable. <i>Jika mana-mana jawapan kepada soalan 1 hingga 14 adalah 'Ya', sila berikan butir-butir lanjut di dalam ruangan yang sediakan dengan merujuk petunjuk di bawah; jika berkenaan.</i>					
(i) Question number <i>Nombor Soalan</i>	(ii) Types of illness and date of onset <i>Jenis penyakit dan tarikh dihadapi</i>	(iii) Name and address of attending doctor/clinic or hospital <i>Nama dan alamat doktor/klinik atau hospital</i>			
(iv) Current Condition <i>Keadaan semasa</i>	(v) Type of tests done, date, results and reason <i>Jenis ujian, tarikh, keputusan dan sebab</i>	(vi) Duration and severity of illness/injury and date of last follow up <i>Jangkamasa dan tahap penyakit/kecederaan dan tarikh rawatan susulan terakhir</i>			
Details of Person Covered / <i>Butir-butir Orang Dilindungi</i>			Details of Participant / <i>Butir-butir Peserta</i>		

SECTION D: DECLARATION/ BAHAGIAN D: PENGAKUAN

I declare that the answers I have given are, to the best of my knowledge, true and that I have not withheld any material information that may influence the assessment or acceptance of this proposal. I agree that his form will constitute part of my proposal for Family Takaful and that failure to disclose any material facts known to me may invalidate the contract.

Saya mengaku bahawa jawapan yang telah saya berikan adalah, pada pengetahuan saya, benar dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting yang mungkin akan mempengaruhi penilaian atau penerimaan cadangan takaful ini. Saya bersetuju bahawa borang ini akan menjadi sebahagian dari borang cadangan untuk Takaful Keluarga dan kegagalan untuk mendedahkan sebarang maklumat penting yang saya ketahui berkemungkinan membatalkan kontrak takaful tersebut.

Date / Tarikh : _____ (day/hari) _____ (month/bulan) _____ (year/tahun)

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Signature of Person Covered / Tandatangan Orang Yang Dilindungi

Full Name / Nama Penuh : _____

NRIC No./ No. K.P : _____

Address / Alamat : _____

Phone No / Tel No. : _____

Full Name / Nama Penuh : _____

NRIC No./ No. K.P : _____

Address / Alamat : _____

Phone No / Tel No. : _____

Signature of Participant/ Tandatangan Peserta

Full Name / Nama Penuh : _____

NRIC No./ No. K.P : _____

Phone No / Tel No. : _____

Important Notice/Notis Penting :

In accordance with the Anti-Money laundering and Anti-Terrorism Financing Act 2001, and related Guidelines issued by Bank Negara Malaysia, the Takaful Operator is required to verify and identify the identity of its customers. In the event of insufficient proof of identification, it may result in non-acceptance of this application

Menurut Akta Pencegahan Pengubahan Wang Haram dan Pencegahan Pembiayaan Keganasan 2001, dan garis panduan berkaitan yang dikeluarkan oleh Bank Negara Malaysia, Pengendali Takaful dikehendaki mengesahkan dan mengenal pasti identiti pelanggannya. Sekiranya bukti pengenalan tidak diberikan secukupnya, permohonan ini mungkin tidak diterima.

Submission of a photocopy of the NRIC or other applicable identification document of the Participant/Person Covered/Trustee (if any) for verification is COMPULSORY.

Penyerahan satu salinan Kad Pengenalan atau lain-lain dokumen pengenalan diri yang digunakan oleh Peserta/Orang Yang Dilindungi/Pemegang Amanah (jika ada) untuk pengesahan adalah WAJIB.

DOCUMENT CHECKLIST REQUIRED / SENARAI SEMAK DOKUMEN YANG DIPERLUKAN

Reinstatement Application Form / Borang Pengembalian Semula

Copy of Identity Card/Passport/Identification Document for Participant and Person Covered / Salinan Kad Pengenalan/Pasport/Dokumen Pengenalan Identiti Peserta dan Orang Yang Dilindungi