



No. Tuntutan / *Claim No.*: _____

**PERNYATAAN OLEH ATAU BAGI PIHAK PESERTA
STATEMENT BY OR ON BEHALF OF PARTICIPANT**

(untuk tuntutan Faedah Hilang Upaya yang Menyeluruh dan Kekal
di bawah Sijil Takaful MDTA, FI, GT, EB dan Sijil Takaful kumpulan yang lain)
(for Total & Permanent Disability claims under MDTA, FI, GT, EB and other group Takaful Certificates)

Bahagian A / Part A

<p>1. a) No. Sijil Takaful. <i>Takaful Certificate No.</i></p> <p>b) Jumlah Dilindungi. <i>Sum Covered.</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p>
<p>2. Orang Yang Mengalami Kehilangan Keupayaan. <i>The Person Suffering the Disability.</i></p> <p>a) Nama Peserta. <i>Name of Participant.</i></p> <p>b) No. K/P. <i>I/C No.</i></p> <p>c) Alamat Kediaman & Surat-menyurat. <i>Residential & Mailing Address.</i></p> <p>d) Kewarganegaraan/ <i>Nationality</i></p> <p>e) No. Telefon. <i>Telephone No.</i></p> <p>f) No. Telefon Bimbit. <i>Handphone No.</i></p> <p>g) Tarikh Lahir. <i>Date of Birth.</i></p> <p>h) Pekerjaan sejurus sebelum kehilangan keupayaan dan butir penuh mengenai ciri-ciri tugas atau pekerjaan (Sila beri satu salinan penerangan pekerjaan.) <i>Occupation immediately prior to disability and full details as to nature of duties or employment (Please give a copy of job description.)</i></p> <p>i) Jikalau tidak bekerja untuk diri sendiri, sila beri nama penuh, alamat dan No. telefon majikan. <i>If not self-employed, please state full name, address and telephone No. of employer.</i></p>	<p>a)</p> <p>b) Lama: Baru: <i>Old: New:</i></p> <p>c)</p> <p>d)</p> <p>e)</p> <p>f)</p> <p>g)</p> <p>h)</p> <p>i)</p>

<p>j) Tarikh pertama tidak hadir kerja. <i>Date first absent from work.</i></p> <p>k) Tarikh di mana pekerjaan dijangkakan sambung semula. <i>Date on which employment is expected to resume.</i></p> <p>l) Jikalau gaji, upah atau pendapatan yang lain diterima selepas kehilangan keupayaan, sila beri: <i>If salary, wage or other income was received after disability, state:</i></p> <p>i) sumber pendapatan. <i>source of income.</i></p> <p>ii) jumlah yang diterima. <i>amount received.</i></p> <p>iii) sejak bila. <i>since when.</i></p> <p>iv) untuk berapa lama lagi pendapatan ini dijangka diterima. <i>for how much longer is the income expected to be received.</i></p> <p>m) Sila nyatakan kelayakan pengajian rasmi. <i>Please state formal educational qualification.</i></p> <p>n) Sila nyatakan aspek kehilangan keupayaan yang menghalang Peserta daripada kembali bekerja. <i>Please indicate aspect of disability which prevents the Participant from returning to work.</i></p>	<p>j)</p> <p>k)</p> <p>l)</p> <p>i)</p> <p>ii)</p> <p>iii)</p> <p>iv)</p> <p>m)</p> <p>n)</p>
<p>3. Kehilangan Keupayaan. <i>The Disability.</i></p> <p>a) Huraikan kehilangan keupayaan dengan penuh. Jikalau kehilangan keupayaan disebabkan oleh kemalangan, sila berikan: <i>Describe the disability in full. If the disability was caused by an accident, please give:</i></p> <p>i) Tarikh Kemalangan. <i>Date of Accident.</i></p> <p>ii) Masa. <i>Time.</i></p> <p>iii) Butir-butir mengenai keseluruhan kemalangan. <i>Full circumstances of the accident.</i></p> <p>b) Tarikh permulaan kehilangan keupayaan. <i>Date on which the disability commenced.</i></p>	<p>a)</p> <p>i)</p> <p>ii) Pagi <i>AM</i> Petang <i>PM</i></p> <p>iii)</p> <p>b)</p>

<p>c) Aspek kehilangan keupayaan yang menghalang penerusan pekerjaan. <i>Aspects of disability which had prevented the continuation of employment.</i></p> <p>d) Jika kehilangan keupayaan yang sama atau serupa telah dialami sebelum ini, sila beri tarikh dan maklumat-maklumat lain mengenai kehilangan keupayaan tersebut. <i>If the same or a similar disability has previously been suffered, please give dates and other details in respect of previous disability.</i></p>	<p>c)</p> <p>d)</p>
<p>4. Butir-butir Doktor-doktor. <i>Particulars of Doctors.</i></p> <p>a) Tarikh kali pertama berjumpa doktor berkenaan dengan kehilangan keupayaan tersebut. <i>Date on which a doctor was first consulted in respect of the disability.</i></p> <p>b) Nama dan alamat doktor yang dijumpa buat kali pertama berkenaan kehilangan keupayaan tersebut. <i>Name and address of the doctor who was first consulted in respect of the disability.</i></p> <p>c) Nama dan alamat doktor yang kini memberi rawatan untuk kehilangan keupayaan tersebut. <i>Name and address of doctor currently treating the disability.</i></p> <p>d) Nama dan alamat semua doktor lain yang telah merawat pesakit sebelum kehilangan keupayaan. <i>Name and address of any other attending doctor(s) before disability.</i></p> <p>e) Nama dan alamat semua doktor yang telah dijumpai selepas kehilangan keupayaan. <i>Name and address of doctor(s) consulted after disability.</i></p> <p>5. Butir-butir Berkenaan Sijil / Sijil-sijil Takaful atau Bukan Takaful yang lain. <i>Particulars On Other Takaful / Non-Takaful Certificate(s).</i></p> <p>Jika orang yang menghadapi kehilangan keupayaan juga dilindungi oleh Pengendali Takaful atau Bukan Takaful yang lain, sila berikan : <i>If the person suffered the disability is also covered with other Takaful / Non-Takaful Operators, please provide:</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>d)</p> <p>e)</p>

<p>a) Nama Pengendali Takaful atau Bukan Takaful tersebut. <i>The name of the Takaful / Non-Takaful Operator.</i></p> <p>b) No. Sijil / Sijil-Sijil Takaful atau Bukan Takaful tersebut. <i>Takaful / Non-Takaful Certificate(s) No.(s)</i></p> <p>c) Pelan dan jumlah dilindungi. <i>Plan and sum covered.</i></p> <p>d) Tarikh permulaan Sijil / Sijil-Sijil Takaful atau Bukan Takaful. <i>Takaful / Non-Takaful Certificate(s) commencement date.</i></p> <p>e) Tarikh penamatan Sijil / Sijil-Sijil Takaful atau Bukan Takaful. <i>Takaful / Non-Takaful Certificate(s) expiry Date.</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>d)</p> <p>e)</p>
<p>6. Butir-butir Berkenaan Dengan Orang Yang Melengkapkan Borang Ini. <i>Particulars on Person Completing the Form.</i></p> <p>Jika borang ini diisikan oleh orang lain bagi pihak orang yang mengalami kehilangan keupayaan, sila beri: <i>If this form is filled up by other person on behalf of the person suffered the disability, please provide:</i></p> <p>a) Nama penuh orang tersebut. <i>Full name of the person.</i></p> <p>b) No. K/P. (sila lampirkan sesalinan K/P) I/C No. (please attach a copy of I/C)</p> <p>c) Tarikh Lahir. <i>Date of Birth.</i></p> <p>d) Kewarganegaraan/Nationality</p> <p>e) Alamat Kediaman & Surat-menyurat. <i>Residential & Mailing Address.</i></p> <p>f) Pekerjaan / Occupation</p> <p>g) Nama dan Alamat Majikan / Name and Address of Employer</p> <p>h) Hubungan dengan orang yang mengalami kehilangan keupayaan. <i>Relationship with the person suffered the disability.</i></p>	<p>a)</p> <p>b) Lama: Baru: <i>Old : New :</i></p> <p>c)</p> <p>d)</p> <p>e)</p> <p>f)</p> <p>g)</p> <p>h)</p>

<p>7. Butir-butir Sejarah Perubatan. <i>Particulars on Medical History.</i></p> <p>Adakah Peserta didiagnosis / mengalami sebarang penyakit-penyakit seperti berikut: <i>Had the person disabled ever been diagnosed / suffered from any of the illness(es) as follows:</i></p> <p>a) Hipertensi. <i>Hypertension.</i></p> <p>b) Melitus Kencing Manis. <i>Diabetes Mellitus.</i></p> <p>c) Penyakit Kardiovaskular. <i>Cardiovascular Disease.</i></p> <p>d) Penyakit buah pinggang. <i>Kidney Disease.</i></p> <p>e) Kanser atau Tumor. <i>Cancer or Tumour.</i></p> <p>f) Narkotik atau alkohol berlebihan. <i>Excessive narcotic or alcohol consumption.</i></p> <p>g) Mempunyai tabiat mengambil sebarang bentuk dadah. <i>Any habit-forming drugs.</i></p> <p>h) Pernah dirawat kerana tabiat penggunaan dadah, narkotik atau alkohol. <i>Have been treated for alcoholism or narcotic or drug habits.</i></p> <p>Jika ada, sila berikan diagnosis, tarikh bermula / diagnosis, nama-nama dan alamat-alamat semua doktor-doktor yang telah dijumpai dan tarikh-tarikh perjumpaan. <i>If so, please provide diagnosis, date of onset / diagnosis, names and addresses of all doctors consulted and dates of consultation.</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>d)</p> <p>e)</p> <p>f)</p> <p>g)</p> <p>h)</p>

<p>8. Sila berikan maklumat tabiat merokok Peserta bagi masa dulu dan sekarang. <i>Please give details of the Participant's smoking habits, both past and present.</i></p> <p>a) Adakah Peserta merokok? <i>Does the Participant smoke?</i></p> <p>i) Jika 'Ya', berapa batang rokok dalam sehari? <i>If "Yes", how many sticks does the Participant smoke in a day?</i></p> <p>ii) Apakah tempoh sebenarnya? <i>What is the exact duration?</i></p> <p>b) Jika 'Tidak', adakah Peserta bukan seorang perokok? <i>If 'No', is the Participant a non-smoker?</i></p> <p>c) Jika Peserta adalah seorang perokok sebelum ini, bilakah dia berhenti merokok? <i>If the Participant was a smoker in the past, then when did he / she stop smoking?</i></p>	<p>a)</p> <p>i)</p> <p>ii)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>
---	--

Bahagian B / Part B

Deklarasi Orang Politik (PEP) / Politically Exposed Person (PEP) Declaration

Nota / Notes:

1. Semua nama seperti NRIC/Pasport / *All names as per NRIC/Passport*

2. Orang Politik (PEP) / *Politically Exposed Persons (PEP)*

(a) adalah individual yang diamanahkan dengan fungsi awam yang terkemuka (Ketua Negeri atau Kerajaan, Pegawai kanan kerajaan, badan kehakiman atau tentera, eksekutif kanan perbadanan milik negeri dan pegawai penting parti politik) / *are individuals who are or who have been entrusted with prominent public function (Head of State or Government, Senior government, judiciary or military officials, senior executives of state owned corporations and important political Party officials)*

(b) orang yang diamanahkan dengan fungsi yang terkenal oleh organisasi antarabangsa yang merujuk ahli-ahli pengurusan kanan. (Pengarah, timbalan pengarah dan ahli lembaga atau fungsi yang sama) *persons who are or have been entrusted with a prominent function by an international organization which refers Members of senior management. (Directors, deputy directors and members of the board or equivalent functions)*

3. Ahli keluarga dan rakan rapat / *Family Members and Close Associates*

(a) Ahli keluarga adalah individu yang berkaitan dengan PEP, sama ada secara langsung (consanguinity) atau melalui perkahwinan. Ini termasuk ibu bapa*, adik-beradik*, pasangan, anak* atau ibu bapa pasangan*. (*hubungan biologi dan bukan biologi) / *Family Members are individuals who are related to a PEP, either directly (consanguinity) or through marriage. This includes parents*, siblings*, spouse(s), child* or spouse's parents*. (*biological and non-biological relationship)*

(b) Rakan rapat adalah individu yang berkait rapat dengan PEP, sama ada secara social atau professional dan mungkin termasuk ahli keluarga lanjutan seperti saudara (hubungan biologi atau bukan biologi), bergantung kepada kewangan individu (orang yang ditanggung oleh PEP seperti pemandu, pengawal peribadi, setiausaha, rakan niaga atau syarikat bersekutu, ahli yang terkenal dalam organisasi yang sama dengan PEP, individu yang bekerja rapat dengan PEP iaitu rakan sekerja, rakan rapat) / *Close Associates is any individual closely connected to a PEP, either socially or professionally and may include extended family members such as relatives (biological or non biological relationship), financially dependent individuals (persons salaried by the PEP such as drivers, bodyguard, secretaries, business partners or associate, prominent members of the same organization as the PEP, individuals working closely with the PEP i.e. work colleagues, close friend)*

4. Pemilik Benefisial / *Beneficial Owner*

Merujuk kepada mana-mana orang yang akhirnya memiliki atau mengawal peserta dan / atau pihak yang melaksanakan transaksi. Ia juga termasuk orang-orang yang menjalankan kawalan muktamad yang berkesan terhadap perseorangan undang-undang atau peraturan. Rujukan kepada "akhirnya memiliki atau mengawal" atau kawalan berkesan muktamad" merujuk kepada keadaan dalam pemilikan atau kawalan yang dijalankan melalui rangkaian pemilikan atau melalui kawalan selain dari kawalan langsung. Ini juga merujuk kepada mana-mana orang yang akhirnya memiliki atau mengawal benifisiari, di mana dinyatakan dalam dokumen ini / *Refers to any natural*

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.

Tel +603 7650 1800 Fax +603 7620 6730

www.hlmtakaful.com.my

Ver 3.0

person(s) who ultimately owns or controls a participant and/or the natural person on whose behalf a Transaction is being conducted. It also includes those natural persons who exercise ultimate effective control over a legal person or arrangement. Reference to "ultimately owns or control" or "ultimate effective control" refers to situations in which ownership or control is exercised through a chain of ownership or by means of control other than direct control. This also refers to any natural person(s) who ultimately owns or controls a beneficiary, where specified in this document.

Sila tandakan (✓) kotak yang sesuai / Please tick (✓) the appropriate box

1. Adakah mana-mana pihak menuntut yang memegang atau pemilik benefisial memegang, atau pernah memegang atau sedang dipertimbangkan untuk kedudukan awam yang terkemuka? / Does any Claimant(s) hold or Beneficial Owner(s) hold, or has previously held or is being considered for a prominent public position?

Ya / Yes Tidak / No

Jika Ya, sila terperinci / If yes, please elaborate:

Nama Penuntut atau Pemilik Benefisial / Name of Claimant(s) or Beneficial Owners(s)	Jawatan Dipegang / Position Held	Bil. Tahun / No. of Years

2. Adakah mana-mana ahli keluarga penuntut atau pemilik benefisial atau rakan rapat sedang memegang, atau pernah memegang atau sedang dipertimbangkan untuk kedudukan awam / Does any of the Claimant(s) or Beneficial Owner(s)'s immediate Family Members/Close Associates hold, or previously held or is being considered for prominent public position?

Ya / Yes Tidak / No

Jika Ya, sila terperinci / If yes, please elaborate:

Nama Penuntut atau Pemilik Benefisial / Name of Claimant(s) or Beneficial Owner(s)	Butiran ahli keluarga atau rakan rapat / Details of Immediate Family Members/Close Associates			
	Nama / Name	NRIC/No Passport NRIC/Passport No.	Jawatan Dipegang / Position Held	Hubungan dengan Penuntut / Relationship to Claimant(s)

*Untuk tuntutan dibuat oleh entiti (pemunya sijil bukan individu), sila lengkapkan Legal Person Declaration Form

* Claims filed by entity (non-individual certificate owner), kindly complete the Legal Person Declaration Form

Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja / For Office Use Only

Diperiksa oleh _____ Tarikh: _____ Cawangan : _____ Checked and Verified
By: (Nama Staf / Name of Staff) Date: Branch:

AKUAN OLEH ORANG YANG MENGISI BORANG INI
DECLARATION BY PERSON FILLING UP THE FORM

(* Sila batalkan di mana yang sesuai) / (*Delete as appropriate)

Dengan ini saya membuat perakuan bahawa jawapan-jawapan dan pernyataan-pernyataan yang diberikan oleh saya di atas adalah benar dan lengkap *kepada pengetahuan dan kepercayaan terbaik saya / sepertimana yang diberitahu kepada saya oleh Pemegang Sijil Takaful yang dinamakan di atas, dan bahawa saya tidak menyembunyikan sebarang fakta yang penting dalam pemberian jawapan-jawapan dan pernyataan-pernyataan.

*I hereby declare that the answers and statements given by me above are true and complete * to the best of my knowledge and belief / as narrated to me by the Participant abovenamed, and that I have not withheld any material fact in my giving of the said answers and statements.*

2. Saya adalah * Pemegang Sijil Takaful yang dinamakan di atas / mengisi Pernyataan di atas bagi pihak Pemegang Sijil Takaful yang tidak dapat mengisinya disebabkan oleh Kehilangan Keupayaannya yang Menyeluruh dan Kekal. Saya mengaku bahawa jawapan-jawapan dan pernyataan-pernyataan yang diberi di atas oleh saya telah diberikan untuk menyokong satu tuntutan ke atas Hong Leong MSIG Takaful Berhad ("Pengendali Takaful tersebut") oleh _____ ("Pemegang Sijil Takaful") berkenaan wang Sijil Takaful yang harus dibayar dan / atau faedah-faedah yang genap masa dibayar di bawah No. Sijil / Sijil-Sijil Takaful _____ berkenaan *Hilang Upaya yang Menyeluruh dan Kekal saya / Hilang Upaya yang Menyeluruh dan Kekal Pemegang Sijil Takaful yang dinamakan di atas dan saya bersetuju bahawa pernyataan-pernyataan bertulis, laporan-laporan dan affidavit-afidavit oleh mana-mana doktor yang telah dijumpai oleh Pemegang Sijil Takaful atau yang merawati Pemegang Sijil Takaful dan kesemua dokumen-dokumen lain yang diberikan kepada Pengendali tersebut dalam menyokong tuntutan ini akan terdiri daripada dan dengan ini dijadikan sebahagian bukti *Hilang Upaya yang Menyeluruh dan Kekal saya / Hilang Upaya yang Menyeluruh dan Kekal Pemegang Sijil Takaful.

*I am the *Takaful Certificate Holder abovenamed / filling up the above Statement on behalf of the Takaful Certificate Holder who is unable to do so because of his / her Total and Permanent Disability. I declare that the answers and statements given by me above have been given to support a claim made on Hong Leong MSIG Takaful Berhad ("the Takaful Operator") by _____ ("the Takaful Certificate Holder") for Takaful Certificate monies payable and / or benefits due under Takaful Certificate(s) No.(s) _____ in respect of *My Total and Permanent Disability / the Total and Permanent Disability of the abovenamed Takaful Certificate Holder and I agree that the written statements, reports and affidavits of any doctor who was consulted by the Takaful Certificate Holder or who attended to the Takaful Certificate Holder and all other documents furnished to the Takaful Operator in support of this claim shall constitute and are hereby made a part of the proof of *my Total and Permanent Disability / the Total and Permanent Disability of the abovenamed Takaful Certificate Holder.*

3. Saya mengakui dan selanjutnya bersetuju bahawa pemberian borang ini atau sebarang borang atau dokumen yang lain kepada saya oleh Pengendali Takaful tersebut untuk dilengkapkan, penerimaan borang ini atau sebarang borang atau dokumen yang lain oleh Pengendali Takaful tersebut daripada saya atau daripada mana-mana orang lain, dan sebarang perbuatan, pertanyaan atau penyiasatan oleh Pengendali Takaful tersebut yang berhubungan dengan atau berkaitan dengan *Hilang Upaya yang Menyeluruh dan Kekal saya / Hilang Upaya yang Menyeluruh dan Kekal Pemegang Sijil Takaful, tidak akan terdiri atau dianggap sebagai perakuan kepada sebarang liabiliti oleh Pengendali Takaful tersebut atau bahawa terdapat sebarang jaminan yang berkuatkuasa berkenaan dengan *Hilang Upaya yang Menyeluruh dan Kekal saya / Hilang Upaya yang Menyeluruh dan Kekal Pemegang Sijil Takaful, atau bahawa Pengendali Takaful tersebut telah mengeneppikan sebarang hak-haknya atau pembelaan-pembelaannya.

*I acknowledge and further agree that the furnishing of this form or of any other form or document to me by the Takaful Operator for completion, the acceptance of this form or of any other form or document by the Takaful Operator from me or from any other person, and any act, enquiry or investigation by the Takaful Operator in connection with or related to * my Total and Permanent Disability / the Total and Permanent Disability of the abovenamed Takaful Certificate Holder, shall not constitute or be considered an admission of any liability by the Takaful Operator or that there was any assurance in force in respect of *my Total and Permanent Disability / the Total and Permanent Disability of the abovenamed Takaful Certificate Holder, or that the Takaful Operator has waived any of its rights or defences.*

Bertarikh pada / Dated this _____ haribulan / day of _____

Ditandatangani oleh / Signed by : _____

Nama / Name : _____

No. K/P / I/C No. : _____

Alamat / Address : _____

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.

Tel +603 7650 1800 Fax +603 7620 6730

www.hlmtakaful.com.my

Ver 3.0



**PEMBERIAN KUASA
AUTHORIZATION**

Saya / I, _____ No. K/P atau / or I/C. No. (Baru / New) _____
(Lama / Old) _____ Dengan ini memberi kuasa kepada mana-mana majikan, doktor-doktor, hospital-hospital, klinik-klinik, Pengendali-Pengendali Takaful, pejabat-pejabat kerajaan atau sebarang pertubuhan atau perseorangan yang mempunyai apa-apa rekod, pengetahuan atau maklumat, samada perubatan atau sebaliknya, tentang / *hereby authorize any employers, doctors, hospitals, clinics, Takaful Operators, government offices or any organizations or persons who have any records, knowledge or information, whether medical or otherwise, of* * (saya sendiri / anak saya / myself / my child) _____ No Sijil Beranak / Birth Certificate No _____ atau No. K/P / or I/C. No. (Baru / New) _____ (Lama / Old) _____ untuk mendedahkan, melepaskan atau memindahkan kepada Hong Leong MSIG Takaful Berhad / Medifast (Malaysia) Sdn Bhd mengenai rekod-rekod, pengetahuan atau maklumat sedemikian untuk mempertimbangkan tuntutan. Salinan fotostat pemberian kuasa ini akan menjadi sah seperti yang asal. / *to disclose, release or transfer to Hong Leong MSIG Takaful Berhad / Medifast (M) Sdn Bhd such records, knowledge or information for claim considerations. A photostat of this authorization shall be as valid as the original.*

* Sila potong perkara yang tidak berkenaan / * *Please delete the inappropriate item*

Bertarikh / Dated this _____ hari bulan / day of _____

Tandatangan Saksi
Signature of Witness
Nama / Name : _____
No K/P / I/C No. : _____

Tandatangan * Pemegang Sijil Takaful /
Peserta / Ibubapa kepada
Peserta yang di bawah umur 16.
*Signature of *Takaful Certificate Holder /
Participant /Parent of Participant for Participant
below age 16*

"Sekiranya terdapat apa-apa percanggahan atau ketidakselarian di antara sebarang kandungan dokumen ini dengan kandungan suatu versi dokumen ini yang dikeluarkan atau dicetak dalam Bahasa Inggeris, kandungan dokumen yang telah dikeluarkan atau dicetak dalam Bahasa Inggeris akan diberi keutamaan."

"If there is any conflict or inconsistency between any of the contents of this document and the contents of a version of this same document issued or printed in any other language, the contents of this document issued and printed in the English Language shall prevail."