

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, perubahan 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 decline, deferment 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 decline, deferment 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. <i>Note: menggantikan sijil takaful keluarga / polis 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.</i>					
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) ? <i>Adakah anda berhasrat untuk menyerah 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)?</i>					<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
2. (b) Is there any party that has influenced you to surrender or terminate any of your existing certificate ? If the answer is yes, please answer Question 2. (c) <i>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)</i>					<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
2. (c) If yes, were you satisfied with the explanation given to you ? <i>Jika ya, adakah anda berpuas hati dengan penerangan yang diberikan?</i>					<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

SECTION C: HEALTH DETAILS AND LIFESYTL / BAHAGIAN C: BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP																				
Tick (✓) where applicable/ <i>Tandakan (✓) yang mana sesuai.</i>		Person Covered / <i>Orang Yang Dllindungi</i>	Participant / <i>Peserta</i>																	
1. (a) What is your present Height and Weight? <i>Berapakah Berat dan Tinggi anda sekarang?</i>		a) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> cm kg							a) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> cm kg											
(b) Has your weight changed by more than 5kg in the past 12 months? If yes, how much and why? <i>Adakah berat badan anda berubah lebih dari 5 kg dalam 12 bulan yang lepas?</i> <i>Jika ya, berapa banyak dan mengapa?</i>		b) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table> Yes / Ya No/ Tidak			b) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table> Yes / Ya No/ Tidak															
2. Do you have a regular Doctor? If yes, please provide name and address of the Doctor. <i>Adakah anda mempunyai Doktor yang tetap? Jika ya, sila nyatakan nama dan alamat Doktor tersebut.</i>		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>Yes/ Ya</th> <th>No/ Tidak</th> <th>Yes/ Ya</th> <th>No/ Tidak</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Yes/ Ya	No/ Tidak	Yes/ Ya	No/ Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Yes/ Ya	No/ Tidak	Yes/ Ya	No/ Tidak																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
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-lain? Jika ya, sila nyatakan maklumat terperinci.</i>		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Participant <i>Peserta</i>	Beer/Stout <i>Bir/Stout</i>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Small bottles <i>Botol kecil</i>	Wine <i>Wain</i>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Glasses <i>Gelas</i>	Whiskey/brandy/ others <i>Whiski/brandi/lain-lain</i>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
Certificate Holder <i>Pemegang Sijil</i>	Beer/Stout <i>Bir/Stout</i>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Small bottles <i>Botol kecil</i>	Wine <i>Wain</i>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					Glasses <i>Gelas</i>	Whiskey/brandy/ others <i>Whiski/brandi/lain-lain</i>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
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>		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Participant <i>Peserta</i>	<input type="checkbox"/> Cigarettes Per Day <i>Rokok sehari</i>	<input type="checkbox"/> Certificate Holder <i>Pemegang Sijil</i>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Cigarettes Per Day <i>Rokok sehari</i>																	
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>		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
6. Have 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>		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
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 dalam sebarang penerbangan peribadi atau sukan merbahaya, perlumbaan atau sebarang aktiviti merbahaya?</i>		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
8. Have any of your family immediate family members (father, mother, brother, sister) ever suffered from or died as result of diabetes, heart disease, stroke, cancer, or any hereditary disease before 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>		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<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, raises 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"/>
<p>d) Jaundice, hepatitis, being a hepatitis carrier, duodenal or gastric ulcer, hernia, hemorrhoids or other 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></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>e) Persistent protein or blood in the urine, kidney stone or disease of the kidneys, prostate, genito-urinary system? <i>Protein atau darah yang berterusan dalam air kencing, batu karang, pemyakit buah pinggang, prostat, atau sebarang penyakit genitourinary?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>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 lain-lain kelenjar?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>g) Arthritis, gout, rheumatism or any disease or disorder of the muscles, bones, joints, limbs or backache or spine disorder? <i>Arthritis, gout, reumatik atau sebarang penyakit otot, tulang, sendi, anggota tangan dan kaki, sakit belakang atau tulang belakang?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>h) Epilepsy, fainting spells, mental disorder, disease of the brain including migraine or nervous system? <i>Sawan, pengsan, gangguan mental, penyakit otak termasuk migraine atau sistem saraf?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>i) Cancer, cyst, growth or tumor (benign or malignant) or any kind of chronic skin disease? <i>Kanser, sista, pertumbuhan atau sebarang tumor (benign and malignant) atau sebarang penyakit kulit yang kronik?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>j) Have you or 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 bloods 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 antibody terhadap virus AIDS(HIV) atau pada bila-bila masa selama 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 pertumbuhan kulit yang luar biasa?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>11. In the past (5) years, have you had any diagnostic test like: <i>Dalam tempoh (5) tahun yang lalu, pernahkah anda menjalani ujian diagnostik seperti:</i></p> <p>(i) X-ray / <i>X-ray</i> (ii) Electrocardiogram (ECG) / <i>Elektrokardiogram (ECG)</i> (iii) Blood test / <i>Ujian darah</i> (iv) Biopsy / <i>Biopsi</i> (v) Others (please specify) <i>Lain-lain (sila nyatakan)</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"/>
<p>12. Illness, injury, operation, medical advice, hospital treatment or physical check-up not mentioned above or not of a routine nature (EXCEPT for normal illness like fever, flu or cough)? <i>Penyakit, kecederaan, pembedahan, nasihat perubatan, rawatan hospital atau pemeriksaan perubatan yang tidak disebut di atas dan bukan biasa (SELAIN DARIPADA penyakit biasa seperti demam, selsema dan batuk)?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

13. FEMALE ONLY / PEREMPUAN SAHAJA							
(a) Are you now pregnant? If yes, at what stage? <i>Adakah anda hamil sekarang? Jika ya, pada peringkat berapa?</i>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Month/ Bulan</td> <td style="text-align: center;">Month/ Bulan</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Month/ Bulan	Month/ Bulan		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>						
Month/ Bulan	Month/ Bulan						
(b) Have you ever had any one/more of the following: disease of the breasts/female organs; breast lump; menstrual disorders; abnormal pap smears(s) 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>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
SECTION C: HEALTH DETAILS AND LIFESYLTLE / BAHAGIAN C: BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP							
14. 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> What was the birth weight? <i>Berapakah berat ketika lahir?</i> Duration oh hospital stay after birth? <i>Tempoh tinggal di hospital selepas dilahirkan?</i>							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Yes / Ya </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> No / Tidak </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> kg </td> <td style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Days / Hari </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> kg	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Days / Hari		
<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak						
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> kg	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Days / Hari						
15. 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>							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> (i) Question number <i>Nombor Soalan</i> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> (ii) Types of Illness and date of onset <i>Jenis penyakit dan tarikh dihadapi</i> </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> (iii) Name and address of attending doctor/clinic or hospital <i>Nama dan alamat doctor/klinik atau hospital</i> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> (iv) Current Condition <i>Keadaan semasa</i> </td> <td style="vertical-align: top;"> (v) Type of tests done, date, results and reason <i>Jenis ujian, tarikh, keputusan dan sebab</i> </td> <td style="vertical-align: top;"> (vi) Duration and severity of illness/injury and date of last follow up <i>Jangkamasa dan tahap kecederaan/penyakit dan tarikh rawatan susulan akhir</i> </td> </tr> </table>		(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 doctor/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 kecederaan/penyakit dan tarikh rawatan susulan akhir</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 doctor/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 kecederaan/penyakit dan tarikh rawatan susulan akhir</i>					
Person Covered's Details / <i>Butir-butir Orang Yang Dilindungi</i>	Participant's Details / <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 this 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, sepanjang 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 Anti-Money laundering and Anti-Terrorism Financing Act 2001, and related Guidelines issued by Bank Negara Malaysia, the takaful operators are 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 alteration form.

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, borang pindaan 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 digunapakai 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 for Participant and Person Covered / Salinan Kad Pengenalan Peserta dan Orang Yang Dilindungi