

**DECLARATION FOR LOST CERTIFICATE CONTRACT / MEDICAL CARD
 PENGAKUAN KEHILANGAN KONTRAK SIJIL / KAD PERUBATAN**

PERSONAL DATA - Hong Leong MSIG Takaful Berhad ("HLM TAKAFUL") safeguards your personal data in accordance with applicable laws in Malaysia. HLM TAKAFUL uses personal data in accordance with the HLM TAKAFUL 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 HLM TAKAFUL may transfer data, your data access and correction rights and how you may contact HLM TAKAFUL's Data Protection Officer / Compliance Officer. Copies of the Notice on Personal Data are available upon request or from the HLM TAKAFUL website (<http://www.hlmtakaful.com.my>)

DATA PERIBADI - Hong Leong MSIG Takaful Berhad ("HLM TAKAFUL") melindungi data peribadi anda selaras dengan undang-undang di Malaysia. HLM TAKAFUL menggunakan data peribadi mengikut Notis Data Peribadi HLM TAKAFUL sebagaimana yang dipinda dari semasa ke semasa ("Notis Data Peribadi"). Notis Data Peribadi menerangkan tujuan pengumpulan data, orang yang kepadanya HLM TAKAFUL boleh memindahkan data, data akses anda dan hak-hak pembetulan anda dan bagaimana anda boleh menghubungi Pegawai Perlindungan Data HLM TAKAFUL / Compliance Officer. Salinan Notis Data Peribadi boleh didapati atas permintaan atau daripada laman web HLM TAKAFUL (<http://www.hlmtakaful.com.my>)

This is to certify that I _____ NRIC NO. _____ residing at _____
 have lost Certificate Contract/Medical Card under Certificate No. _____ dated _____
 operated by HONG LEONG MSIG TAKAFUL BERHAD(The "Company")

I hereby request the said (1) to cancel and declare the original of said certificate/medical card null and void,(2)*and to issue a certified true copy of the lost certificate/medical card. I hereby on my behalf and on behalf of my executors, heirs, administrators and assigns undertake at all times to save and keep you harmless and to indemnify you and your successors or assigns, from all actions, suits, causes of action, claims costs, and demands of whatever description which may be instituted or preferred against you and I further undertake and agree on my behalf and on behalf of the aforesaid persons that in the event of there being any claim or demand being made against you, and in the event of such a situation arising, you are at liberty to deal with such claims in any manner you may deem appropriate to the extent that you are at liberty to withhold the release of any benefits that may become due and payable to me pending the determination of any other competing claim.

Dengan ini disahkan bahawa saya _____ NO.K/P _____ yang beralamat di _____

telah kehilangan Sijil Takaful/Kad Perubatan di bawah Sijil bernombor _____ bertarikh _____ yang dikendalikan oleh HONG LEONG MSIG TAKAFUL BERHAD. ("Syarikat") Saya dengan ini meminta Syarikat tersebut (1) untuk membatalkan dan mengisytiharkan sijil asal/kad perubatan asal tersebut sebagai batal dan tidak sah,(2)*dan mengeluarkan sesalinan (yang disahkan benar) untuk sijil/kad perubatan yang telah hilang. Saya dengan ini bagi pihak diri saya dan bagi pihak wasi-wasi saya, pewaris-pewaris, pentadbir- pentadbir dan mereka yang ditugaskan mengakuijanji pada setiap masa untuk mengecualikan dan memastikan anda tidak dimudaratkan dan untuk menanggung rugi anda dan pengganti anda atau mereka yang ditugaskan, dari apa jua tindakan- tindakan guaman, tindakan kuasa, dakwaan-dakwaan, kos-kos dan tuntutan yang mungkin dimulakan atau yang dibuat terhadap anda dan saya selanjutnya mengakuijanji dan bersetuju bagi pihak diri saya dan bagi orang-orang yang dinyatakan sebelumnya bahawa dalam keadaan di mana terdapat dakwaan atau tuntutan yang diambil terhadap anda, dan dalam keadaan sedemikian, anda adalah bebas untuk bertindak berkenaan dakwaan dalam apa jua cara yang difikirkan sesuai tertakluk kepada kebebasan anda untuk menahan pembayaran apa-apa faedah yang mungkin perlu dibayar dan mesti dibayar kepada saya sementara menunggu keputusan aduan lain.

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

Signature of Participant/
Tandatangan Peserta

Full Name / Nama Penuh : _____
 NRIC No./ No. K.P : _____
 Phone No / No Tel : _____

Signature of Person Covered / Tandatangan Orang Yang Dilindungi

Full Name / Nama Penuh : _____
 NRIC No./ No. K.P : _____
 Phone No / No Tel : _____

Signature of Witness / Tandatangan Saksi

Full Name / Nama Penuh : _____
 NRIC No./ No. K.P : _____
 Phone No / No Tel : _____