



P000820041

**REINSTATEMENT APPLICATION FORM
BORANG PERMOHONAN PENGEMBALIAN SEMULA**

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

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

IMPORTANT NOTICE / NOTIS PENTING

- Pursuant to Section 141 of the Islamic Financial Services Act 2013, you are obliged to answer all questions required in this Proposal Form For Family Takaful and disclose any other relevant information that you know would be considered material to HLMT's decision in accepting the risk and determining the rates and terms to be applied, otherwise it will result in voidance of contract, refusal of claims or change of terms. This duty of disclosure shall continue until the time the contract is entered into, varied or renewed. You are also obliged to take reasonable care not to make a misrepresentation in answering the questions and in making the disclosure.

Di bawah seksyen 141 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, anda perlu menjawab semua soalan yang terdapat di dalam Borang Permohonan Bagi Takaful Keluarga ini dan mendedahkan apa-apa perkara yang lain yang anda tahu berkaitan dengan keputusan HLMT dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai, jika tidak, ia akan menyebabkan pembatalan kontrak, penolakan tuntutan atau pengubahan syarat-syarat, kewajiban pendedahan ini akan berterusan sehingga masa kontrak itu dimeterai, diubah atau diperbaharui. Anda juga bertanggungjawab untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak membuat salah nyata dalam menjawab soalan-soalan dan membuat pendedahan tersebut.

- 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 proposal 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 pastikan identiti pelanggannya. Sekiranya bukti pengenalan tidak diberikan secukupnya, borang cadangan mungkin tidak diterima.

- Any amendment must be countersigned by the Participant/Person Covered. Correction fluid is strictly not allowed.

Sebarang pembetulan mestilah ditandatangani oleh Peserta/Orang Yang Dilindungi. Cecair pembetulan adalah tidak dibenarkan sama sekali.

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) <i>PESERTA selain daripada Orang Yang Dilindungi. (Umur mestilah sekurang-kurangnya 18 tahun)</i>
1. Full Name (Per IC/BC/Passport) [Nama Penuh (Sebagaimana di dalam KP/Sijil Kelahiran/Pasport)]	12x12 Grid	12x12 Grid
2. New IC No/Old IC No/BC/Passport/CO Registration No [No KP Baru/ No KP Lama/Sijil Kelahiran/Passport/Pendaftaran Syarikat]	12x12 Grid	12x12 Grid
3. Occupation & Exact Duties Pekerjaan & Tugas-tugas sebenar		

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 kritis, 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			
Person Covered/Orang Yang Dilindungi	Name of Takaful Operator/ Nama Pengendali Takaful	Sum Covered / Jumlah Dilindungi			Date Issued/ Tarikh Dikeluarkan
		Family Takaful/Takaful Keluarga	Accident/Kemalangan	Critical Illness / Penyakit Kritis	
Participant / Peserta	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 / Nama Pengendali Takaful	Reason for decline, deferment or accepted at special rates <i>Sebab ditolak, ditangguhkan atau diterima dengan kadar tertentu</i>			
<p>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.</p> <p><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></p> <p>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 berhajat 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></p> <p>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></p> <p>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></p>					

SECTION C : HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE / BAHAGIAN C : BUTIR-BUTIR KESIHATAN DAN GAYA HIDUP

Tick (/) where applicable/Tandakan (✓) yang mana sesuai.

1. (a) What is your present Height and Weight?

Berapakah Berat dan Tinggi anda sekarang?

**Person Covered /
Orang Yang
Dilindungi**

a)

 cm
kg

a)

 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?

Yes/Ya

No/Tidak

Yes/Ya

No/Tidak

b)

 Yes / Ya
No/
Tidak

b)

 Yes / Ya
No/
Tidak

2. Do you have a regular Doctor? If yes, please provide name and address of the Doctor.

Adakah anda mempunyai Doktor yang tetap? Jika ya, sila nyatakan nama dan alamat Doktor tersebut.

3. Do you consume beer, wine or other alcoholic drinks? If yes, please provide details.

Adakah anda minum bir, wain atau minuman beralkohol yang lain-lain? Jika ya, sila nyatakan maklumat terperinci.

Participant

Beer/Stout

Small bottles
Botol kecil

Wine

Glasses
Gelas

Whiskey/brandy/
others
Wiski/brandi/lain
-lain

Peserta

Bir/Stout

Botol kecil

Wain

Glasses
Gelas

Whiskey/brandy/
others
Wiski/brandi/lain
-lain

Certificate Holder

Pemegang Sijil

Beer/Stout

Small bottles
Botol kecil

Wine

Glasses
Gelas

Whiskey/brandy/
others
Wiski/brandi/lain
-lain

4. Do you smoke cigarettes or have you smoked any cigarettes in the past 12 months? If yes, please state details below:

Adakah anda merokok atau adakah anda pernah merokok dalam masa 12 bulan lepas? Jika ya, sila nyatakan butir-butir berikut:

Participant Cigarettes Per Day
Peserta Rokok sehari

Certificate Holder Cigarettes Per Day
Pemegang Sijil Rokok sehari

5. Have you taken any drugs or narcotics or consumed alcohol excessively or been treated for alcoholism or drug addiction?

Adakah anda mengambil apa-apa jenis dadah atau meminum alkohol secara berlebihan atau pernah dirawat kerana ketagihan alkohol atau dadah?

6. Have you resided abroad continuously for more than one (1) month during the last three (3) years?

Pernahkah anda tinggal di luar Negara secara berterusan melebihi satu (1) bulan semenjak tiga (3) tahun yang lepas?

7. Do you or have you engaged or contemplated engaging in any private flying or hazardous sports, racing, or any other hazardous activities?

Adakah anda pernah terlibat atau bercadang menyertai dalam sebarang penerbangan peribadi atau sukan merbahaya, perlumbaan atau sebarang aktiviti merbahaya?

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?

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?

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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Disease of the eyes, ears, nose, mouth or throat? <i>Penyakit mata, telinga, hidung, mulut atau tekak?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Asthma, tuberculosis, respiratory or lung disease? <i>Asma, batuk kering, penyakit respiratori atau paru-paru?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<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 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 hemedu?</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, prostate, genito-urinary system? <i>Protein atau darah yang berterusan dalam air kencing, batu karang, penyakit buah pinggang, 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 lain-lain kelenjar?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Arthritis, gout, rheumatism or any disease or disorder of the muscles, bones, joints, limbs or backache or spine disorder? <i>Artritis, gout, reumatik atau sebarang penyakit otot, tulang, sendi, anggota tangan dan kaki, sakit belakang atau tulang belakang?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<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 tumor (benign and malignant) atau sebarang penyakit kulit yang kronik?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. FEMALE ONLY/ PEREMPUAN SAHAJA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(a) Are you now pregnant? If yes, at what stage? <i>Adakah anda hamil sekarang? Jika ya, pada peringkat berapa?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(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>		<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					
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>		<input type="checkbox"/>	Yes / Ya	<input type="checkbox"/>	No / Tidak
What was the birth weight? <i>Berapakah berat ketika lahir?</i>		<input type="checkbox"/>	. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kg
Duration oh hospital stay after birth? <i>Tempoh tinggal di hospital selepas dilahirkan ?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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>					
(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>Kehadaan 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

Full Name / Nama Penuh : _____
 NRIC No./ No. K.P : _____
 Address / Alamat : _____

 Phone No / Tel No. : _____

Signature of Person Covered / Tandatangan Orang Yang Dilindungi

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 application form.

Menurut Akta Pencegahan Pengubahan wang haram dan pencegahan Pembentukan Keganasan 2001, dan garis panduan berkaitan yang dikeluarkan oleh Bank Negara Malaysia, Pengendali Takaful dikehendaki mengesahkan dan mengenal pastikan 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 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 for Participant and Person Covered / Salinan Kad Pengenalan Peserta dan Orang Yang Dilindungi