



HEAD OFFICE/ IBU PEJABAT: Syarikat Takaful Malaysia Berhad (131646-K)
Tingkat 26, Blok Annexe, Menara Takaful Malaysia
No. 4, Jalan Sultan Sulaiman, 50000 Kuala Lumpur
P.O. Box 11483, 50746 Kuala Lumpur

W takaful-malaysia.com.my
T 1-300 8 TAKAFUL (825 2385)
F 603-22740237
E csu@takaful-malaysia.com.my

**PERSONAL HEALTH DECLARATION FORM FOR Takaful mySME Partner (FORM C) /
BORANG PERAKUAN KESIHATAN DIRI BAGI PELAN Takaful mySME Partner (BORANG C)**

Important Note / Nota Penting :

- Pursuant to Section 141 of the Islamic Financial Services Act 2013, you are obliged to answer all the questions required in this Personal Health Declaration Form and disclose any other matter that you know to be relevant to our 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 kesemua soalan yang terdapat di dalam Borang Pengakuan Kesihatan Diri ini dan mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda tahu yang berkaitan dengan keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai, jika tidak, ia akan menyebabkan pembatalan kontrak, penolakan tuntutan atau perubahan syarat-syarat. Kewajipan 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.
- Acceptance of this proposal shall be subject to underwriting assessment and guidelines, or any other criteria that the Company at its discretion may impose from time to time.
Penerimaan terhadap cadangan ini adalah tertakluk kepada garis panduan dan penilaian pengunderaitan, atau kriteria lain yang boleh dikenakan oleh Syarikat mengikut budi bicaranya dari masa ke semasa.

INSTRUCTIONS: Please complete this full in **CAPITAL LETTERS** and tick (✓) in boxes as appropriate. **Use BLACK** ink only.
ARAHAN: Sila isi dengan menggunakan **HURUF BESAR** dan tandakan (✓) pada petak yang berkenaan. Guna **DAKWAT HITAM** sahaja.

PART 1 : PARTICULARS OF THE PERSON TO BE COVERED / BAHAGIAN 1 : BUTIR-BUTIR ORANG YANG AKAN DILINDUNGI

| | | | |
|--|--|---|--|
| Certificate No. / No. Sijil <input type="text"/> | | Company Name / Nama Syarikat <input type="text"/> | |
| Full Name (as per new MyKad / BC / Passport) / Nama Penuh (seperti di dalam MyKad / Sijil Kelahiran / Pasport) <input type="text"/> | | | |
| MyKad No. / No. MyKad <input type="text"/> | | Old IC / BC / Passport No. / No. KP lama / Sijil Kelahiran / Pasport <input type="text"/> | |
| Gender / Jantina <input type="checkbox"/> Male / Lelaki <input type="checkbox"/> Female / Perempuan | | Date of Birth (dd/mm/yyyy) / Tarikh Lahir (hh/bb/tttt) <input type="text"/> | |
| Occupation and Exact Duty / Pekerjaan dan Tugas Sebenar <input type="text"/> | | Height / Ketinggian <input type="text"/> cm Weight / Berat Badan <input type="text"/> kg | |
| Home Telephone No. / No. Telefon Rumah <input type="text"/> | | Office Telephone No. / No. Telefon Pejabat <input type="text"/> | |
| Handphone No. / No. Telefon Bimbit <input type="text"/> | | Email Address / Alamat E-mel <input type="text"/> | |

PART 2 : GENERAL RISK ASSESSMENT / BAHAGIAN 2 : PENILAIAN RISIKO UMUM

| Note : Details on Person to be Covered / Nota : Butir-butir pada Orang yang akan Dilindungi | Yes / Ya | No / Tidak |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <p>1. Do you smoke cigarettes? (if 'Yes', please complete the following :) Adakah anda merokok? (Jika 'Ya', sila isikan yang berikut :)</p> <p><input type="text"/> No. of cigarettes per day / Jumlah rokok sehari <input type="text"/> Total years of smoking / Jumlah tahun telah merokok</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <p>2. Have any of your applications, renewals or reinstatements of any family certificate, health certificate or supplementary contract ever been declined, postponed, rated, or in any way modified? Pernahkah permohonan, pembaharuan atau penguatkuasaan semula bagi sebarang sijil keluarga, kesihatan atau kontrak tambahan anda ditolak, ditangguh, dikenakan kadar atau diubahsuai dengan apa-apa cara?</p> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If questions 2 is 'Yes', please give details in space provided.
Jika jawapan kepada soalan 2 adalah 'Ya', sila berikan butir-butir lanjut di dalam ruang yang disediakan.

PART 3 : HEALTH QUESTIONNAIRE / BAHAGIAN 3 : SOAL SELIDIK KESIHATAN

| Note : Details on Person to be Covered / Nota : Butir-butir pada Orang yang akan Dilindungi | Yes / Ya | No / Tidak |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Have you consulted a doctor for any condition(s) whatsoever / been hospitalised for treatment / undergone any operation or observation / had any one / more diagnostic tests, including but not limited to Blood Tests; X-ray; ECG or other laboratory investigations done in the last 5 years? <i>Pernahkah anda dirawat oleh doktor bagi apa-apa keadaan/dimasukkan ke hospital untuk rawatan/menjalani sebarang pembedahan atau pemerhatian/pernah menjalani salah satu/lebih ujian diagnostik, termasuk tetapi tidak dihadkan kepada Ujian Darah; Sinar-X; ECG atau menjalani ujian-ujian makmal yang lain di dalam tempoh 5 tahun yang lepas?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Have you ever been treated or told to have or are you currently receiving any treatment for any physical / health impairment, injury, heart disease, high blood pressure, diabetes, lung disease, cancer, congenital abnormality or any other disease or serious illness? <i>Pernahkah anda dirawat atau diberitahu perlu menjalani rawatan atau anda pada masa ini sedang menerima rawatan bagi sebarang kecacatan fizikal atau masalah kesihatan, kecederaan, sakit jantung, tekanan darah tinggi, diabetes, penyakit paru-paru, kanser, kecacatan semenjak lahir atau sebarang penyakit lain yang serius?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Is there any other information or exceptional circumstance pertaining to your health not disclosed above and which would be material to the acceptance of this application? <i>Adakah terdapat maklumat-maklumat lain atau keadaan luar biasa berhubung dengan kesihatan anda yang tidak dinyatakan di atas yang mungkin menjadi fakta penting dalam penerimaan permohonan anda?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If any of the answers to questions 1 through 3 is 'Yes', please give details in space provided with reference to the pointers stated below; if applicable. *Jika mana-mana jawapan kepada soalan 1 hingga 3 adalah 'Ya', sila berikan butir-butir lanjut di dalam ruang yang disediakan dengan merujuk petunjuk di bawah; jika terpakai.*

- (i) Type of illness / *Jenis penyakit* :
- (ii) Nature of tests done, date, results and reason / *Jenis ujian, tarikh, keputusan dan sebab* :
- (iii) Duration and severity of illness/injury and date of last follow up / *Jangkamasa dan tahap kecederaan / penyakit dan tarikh rawatan susulan terakhir* :
- (iv) Total attack or occurrence in the last 2 years and year of last attack / *Bilangan serangan atau kejadian dalam 2 tahun dan tahun serangan terakhir* :
- (v) Type of treatment received or any admission to hospital / *Jenis rawatan diterima dan kemasukan ke hospital* :
- (vi) Name and address of attending doctor/clinics or hospital / *Nama dan alamat doktor/klinik atau hospital* :
- (vii) Current condition / *Keadaan semasa* :

PART 4 : DECLARATION / BAHAGIAN 4 : PENGAKUAN

I hereby consent and authorise the Company to seek medical information from any doctor, clinic, hospital or organisation that has records or information of my health and medical history or of any Person to be Covered herein. A photocopy of this authorisation shall be effective and valid as the original. The Company is entitled to use such information only for the purpose of this application or further application for takaful with the Company; disclosure to be made to the Life Insurance Association of Malaysia / Malaysian Takaful Association; government or regulatory authority; or by law; to any other insurance company, takaful operator and to any authorised third parties who would require such information for the purpose of underwriting / claims / payment / approval / decision.

Saya mengizinkan dan memberi kuasa kepada Syarikat untuk memperoleh keterangan perubatan daripada mana-mana doktor, klinik, hospital atau organisasi yang mempunyai rekod atau maklumat mengenai kesihatan dan sejarah perubatan saya atau mana-mana Orang yang Dilindungi di dalam sijil ini. Salinan fotokopi pemberian kebenaran ini akan berkuatkuasa dan sah sepertimana salinan asal. Syarikat berhak menggunakan maklumat tersebut hanya bagi tujuan permohonan ini atau permohonan takaful selanjutnya dengan Syarikat, pendedahan yang perlu dibuat kepada Persatuan Insurans Hayat Malaysia / Persatuan Takaful Malaysia, mana-mana Pihak berkuasa Kerajaan atau Pihak Kawal Selia, atau melalui undang-undang kepada mana-mana syarikat insurans / pengendali takaful yang lain atau kepada mana-mana pihak ketiga dibenarkan yang akan memerlukan maklumat tersebut bagi tujuan pengunderaitan / tuntutan / bayaran / kelulusan / keputusan.

I undertake to inform the Company of any changes to my health condition from the date of this declaration prior to the issuance of the Certificate. Should I cancel the proposal, I hereby allow the Company to deduct any incurred medical expenses from my Contribution.

Saya dengan ini mengakukan akan memaklumkan kepada Syarikat jika terdapat apa-apa perubahan terhadap tahap kesihatan saya dari tarikh deklarasi ini sebelum Sijil dikeluarkan. Sekiranya saya membatalkan cadangan ini, saya dengan ini memberi kebenaran kepada Syarikat untuk menolak sebarang perbelanjaan perubatan yang telah ditanggung oleh Syarikat daripada Caruman yang telah dibayar.

By signing this Personal Health Declaration Form, I confirm that I have read the terms and conditions of this form and accept all terms and conditions. I, to the best of my knowledge hereby confirm that the statements contained in the form are true and correct and I have not concealed, misrepresented or misstated any material fact.

Dengan menandatangani Borang Deklarasi Kesihatan Diri ini, saya mengesahkan bahawa saya telah membaca terma dan syarat borang ini dan menerima semua terma dan syarat. Bahawasanya dengan ini saya mengakui dan mengesahkan sepanjang pengetahuan saya pernyataan-pernyataan yang terkandung dalam borang ini benar dan betul dan saya tidak menyembunyi, salah nyata atau memberi pernyataan-pernyataan yang tidak benar mengenai apa-apa keterangan penting.

Signed at / *Ditandatangani di*

Date / *Tarikh* - -

Signature of Person to be Covered / *Tandatangan Orang yang akan Dilindungi*
(Attained age 16 years above / *Berumur 16 tahun ke atas*)

Signature of Witness / *Tandatangan Saksi*
(Witness must be at least 18 years old and not a named nominee / *Saksi mestilah berumur sekurang-kurangnya 18 tahun dan bukannya penama yang dinamakan*)

Name / *Nama* :
NRIC No. / *No. KP*:

Note : In the event of a conflict of interpretation between the English version used and those translated into Bahasa Malaysia, the English version shall prevail. *Nota: Sekiranya terdapat percanggahan atau ketidakselarian di antara versi Bahasa Inggeris dan terjemahan Bahasa Malaysia dalam Borang Deklarasi ini, maka versi Bahasa Inggeris akan digunakan.*