

**MEDICAL QUESTIONNAIRE FORM /
BORANG SOAL SELIDIK KESIHATAN**
Important notice / Notis penting

1. **Under Schedule 9 of the Financial Services Act 2013/Schedule 9 of the Islamic Financial Services Act 2013, you are required to take reasonable care:** / Di bawah Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013/Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, anda dikehendaki mengambil penjagaan munasabah:
 - a. **not to make any misrepresentation when answering any questions asked by Sun Life Malaysia Assurance Berhad/Sun Life Malaysia Takaful Berhad ("the Company") i.e. you should answer the questions fully and accurately. Please note that all of the questions that are asked by the Company are relevant to the Company's decision whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.** / untuk tidak membuat sebarang salah nyataan apabila menjawab sebarang soalan yang dikemukakan oleh Sun Life Malaysia Assurance Berhad/ Sun Life Malaysia Takaful Berhad ("Syarikat") iaitu anda seharusnya menjawab soalan dengan lengkap dan benar. Sila ambil perhatian bahawa semua soalan yang ditanya oleh Syarikat adalah berkaitan dengan keputusan Syarikat sama ada untuk menerima atau tidak risiko serta kadar dan terma yang hendak dipakai.
 - b. **to disclose the changes to the Company fully and accurately if there are any changes to the answers given in this application form between the time of submission of this application form and the time the endorsement is issued.** / untuk mendedahkan kepada Syarikat sepenuhnya dan dengan tepat/ benar mengenai sebarang perubahan sekiranya terdapat sebarang perubahan kepada jawapan yang diberikan dalam borang permohonan di antara waktu serahan borang permohonan dengan waktu pengendorsan dibuat.
 - c. **to disclose to the Company any matter which you know to be relevant to the Company's decision on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.** / untuk mendedahkan kepada Syarikat sebarang perkara yang anda ketahui berkaitan dengan keputusan Syarikat sama ada untuk menerima atau tidak risiko serta kadar dan terma yang hendak dipakai.
2. **The health questionnaires in this form are to be answered by the policy/contract owner/holder and the life assured/person covered (if the life assured/person covered is a different person from the policy/contract owner/holder).** / Soal selidik kesihatan dalam borang ini perlu diisi oleh pemilik/pemegang polisi/kontrak dan orang yang diinsuranskan/orang yang dilindungi (sekiranya orang yang diinsuranskan/orang yang dilindungi bukan pemilik/pemegang polisi/kontrak).

**SECTION A: POLICY/CONTRACT/CERTIFICATE INFORMATION / SEKSYEN A: MAKLUMAT
POLISI/KONTRAK/SIJIL**
(i) COMPULSORY to be completed / WAJIB diisi

Policy/Contract/Certificate number / Nombor polisi/kontrak/sijil	
Name of policy/contract/certificate owner/holder / assignee / Nama pemilik/pemegang polisi/kontrak/sijil / pemegang serahhak	
NRIC number (new) / Nombor kad pengenalan (baharu)	
Other identification number / Nombor pengenalan lain	
Mobile number (Compulsory for SMS notifications) / Nombor telefon bimbit (Wajib untuk mendapat pemberitahuan melalui SMS)	
Email / Emel	
Life assured/Person covered's name / Nama orang yang diinsuranskan/dilindungi	

--

SECTION B: HEALTH QUESTIONNAIRES / SEKSYEN B: SOAL SELIDIK KESIHATAN

Please tick (✓) "Yes" or "No". If you have answered YES to any of the questions below, please provide full details (including medical conditions, date of diagnosis and duration, treatment prescribed, nature of test done with the dates, name and address of doctor, result, if any) at the answer column provided below or in a separate sheet. / Sila tanda (✓) "Ya" atau "Tidak". Sekiranya anda menjawab YA untuk mana-mana soalan di bawah, sila nyatakan butirannya (termasuk keadaan perubatan, tarikh diagnosis dan tempoh, rawatan yang ditetapkan, jenis ujian yang dilakukan dengan tarikh, nama dan alamat doktor, keputusan, sekiranya ada) di kotak jawapan yang disediakan di bawah atau di dalam helaian lain.	Policy/Contract/ Certificate owner/holder / Pemilik/Pemegang polisi/kontrak/sijil		Life assured/ Person covered / Orang yang diinsuranskan/dilindungi	
	Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak
1. Please provide your height and weight. / Sila berikan ketinggian dan berat anda.	Height / Tinggi <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm Weight / Berat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg		Height / Tinggi <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm Weight / Berat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	
2. Do you smoke cigarettes or e-cigarettes in the last 12 months? If yes, how many cigarettes per day or have you ever been advised to stop smoking by a medical doctor? If yes, please provide full details. / Adakah anda merokok dalam tempoh 12 bulan lepas? Jika ya, berapa batang rokok sehari atau pernahkah anda dinasihatkan oleh doktor perubatan supaya berhenti merokok? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you ever been diagnosed of or are currently suffering from any illness/disorder/health problems relating to conditions in note (1)? If yes, please provide full details. / Pernahkah anda didiagnosis atau sedang mengalami sebarang penyakit/gangguan/masalah kesihatan yang berkaitan dengan keadaan di nota (1)? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Note 1: / Nota 1: Heart disease, stroke, high blood pressure, chest pain, cancer, cyst/growth/tumour of any kind, diabetes, disorder of eyes/ears/nose/mouth/throat, thyroid disorders, asthma or other respiratory/ lung disorders, urinary or kidney problems, hepatitis or liver diseases, blood disorders, mental or nervous disorders, epilepsy, spine/back pain, stomach/intestinal disorders, arthritis/gout/joints problems, organ transplant, dementia, systemic lupus erythematosus (SLE), sexually transmitted diseases, genital or reproductive organ disorders, congenital abnormality, any physical defects or deformities, hereditary disease, terminal illness, drugs or alcohol abuse, any other illness or injury or signs and symptoms of any illness. / Penyakit jantung, strok, tekanan darah tinggi, sakit dada, kanser, sebarang jenis sista/ketumbuhan/tumor, penyakit kencing manis, gangguan mata/telinga/hidung/mulut/tekak, gangguan tiroid, asma atau lain-lain gangguan pemapasan/paru-paru, masalah pundi dan saluran kencing atau buah pinggang, hepatitis atau penyakit hati, gangguan darah, gangguan mental atau saraf, sawan, sakit sendi/tulang belakang, gangguan perut/usus, masalah arthritis/gout/sendai, pemindahan organ, hilang ingatan, lupus eritematosus sistemik (SLE), penyakit yang dijangkiti melalui hubungan seks, gangguan kemaluan atau organ pembiakan, keabnormalan kongenital, sebarang kecacatan fizikal atau ketidakupayaan, penyakit keturunan, penyakit serius tahap terakhir, penyalahgunaan dadah atau alkohol, sebarang penyakit atau kecederaan yang lain atau tanda-tanda dan gejala-gejala bagi sebarang penyakit.</p>				

--

SECTION B: HEALTH QUESTIONNAIRES (CON'T) / SEKSYEN B: SOAL SELIDIK KESIHATAN (SAMB'N)

	Policy/Contract/ Certificate owner/holder / Pemilik/Pemegang polisi/kontrak/sijil		Life assured/ Person covered / Orang yang diinsuranskan/dilindungi									
	Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak								
<p>4. In the past 5 years, have you ever had or are you currently receiving or intending to seek medical, surgical advice, treatment or investigations relating to conditions in note (2)? If yes, please provide full details. / Dalam tempoh 5 tahun lepas, pernahkah anda menerima atau sedang menerima atau akan menerima perubatan, nasihat pembedahan, rawatan atau pemeriksaan yang berkaitan dengan keadaan di nota (2)? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.</p> <p>Note 2: / Nota 2: Illness, injury, accident, operation, medical check-up, medical advice, hospital treatment or diagnostic test eg. blood or urine test, X-ray, Electrocardiogram (ECG), Echocardiogram, Mammogram, CT scan, biopsy or any other test. / Penyakit, kecederaan, kemalangan, pembedahan, pemeriksaan perubatan, nasihat perubatan, rawatan hospital atau ujian diagnostik seperti ujian darah atau air kencing, X-ray, Elektrokardiogram (ECG), Ekokardiogram, Mamogram, imbasan CT, biopsi atau apa-apa ujian lain.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Reasons for medical consultations / Sebab untuk konsultasi perubatan</th> <th style="width: 15%;">Type of investigations & treatments / Jenis pemeriksaan & rawatan</th> <th style="width: 25%;">Date & results of investigations/consultations/ treatment/ hospitalisations / Tarikh & keputusan pemeriksaan/konsultasi/ rawatan/kemasukan ke hospital</th> <th style="width: 45%;">Full name & address of doctors/clinic/hospitals consulted / Nama penuh & alamat doktor/klinik/hospital</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Reasons for medical consultations / Sebab untuk konsultasi perubatan	Type of investigations & treatments / Jenis pemeriksaan & rawatan	Date & results of investigations/consultations/ treatment/ hospitalisations / Tarikh & keputusan pemeriksaan/konsultasi/ rawatan/kemasukan ke hospital	Full name & address of doctors/clinic/hospitals consulted / Nama penuh & alamat doktor/klinik/hospital					<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
Reasons for medical consultations / Sebab untuk konsultasi perubatan	Type of investigations & treatments / Jenis pemeriksaan & rawatan	Date & results of investigations/consultations/ treatment/ hospitalisations / Tarikh & keputusan pemeriksaan/konsultasi/ rawatan/kemasukan ke hospital	Full name & address of doctors/clinic/hospitals consulted / Nama penuh & alamat doktor/klinik/hospital									
<p>5. Have you ever engaged in or intend to engage in flying (other than as a fare paying passenger on a scheduled air route), scuba diving, motor-racing, mountain/rock climbing, free fall parachuting, sky diving or any other hazardous sports, occupations or pursuit? If yes, please provide full details. / Pernahkah anda melibatkan diri atau bercadang untuk melibatkan diri dalam penerbangan (selain sebagai penumpang yang membayar tambang dalam penerbangan yang berjadual), selam skuba, lumba kereta, pendakian gunung/batuan, aktiviti payung terjun bebas, terjun udara atau sebarang sukan, pekerjaan atau aktiviti-aktiviti yang berbahaya? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>								

SECTION B: HEALTH QUESTIONNAIRES (CON'T) / SEKSYEN B: SOAL SELIDIK KESIHATAN (SAMB'N)

	Policy/Contract/ Certificate owner/holder / Pemilik/Pemegang polisi/kontrak/sijil		Life assured/ Person covered / Orang yang diinsuranskan/dilindungi													
	Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak												
<p>6. Has any application, renewal or reinstatement of life, accident, critical illness or health takaful or insurance on your life been declined, deferred or accepted at special rates or terms or have you made a claim for disability, accident, medical, critical illness insurance/takaful and/or social welfare benefit? If yes, please provide full details. / Adakah terdapat sebarang permohonan, pembaharuan atau pengembalian semula takaful atau insurans hayat, kemalangan, penyakit kritikal atau kesihatan ke atas hayat anda yang ditolak, ditangguhkan atau diterima pada kadar yang istimewa atau dengan syarat-syarat tertentu atau pernahkah anda membuat tuntutan insurans/takaful untuk hilang upaya, kemalangan, perubatan, penyakit kritikal dan/atau manfaat kebajikan sosial? Jika ya, sila nyatakan butirannya.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Name of insurer/ takaful operator / Nama penanggung insurans/ pengendali takaful</th> <th>Proposal/ Application/ Policy/Contract/ Certificate number / Nombor cadangan/ permohonan/ polisi/kontrak/sijil</th> <th>Issued date / Tarikh dikeluarkan</th> <th>Sum assured/ covered & type of coverage / Jumlah yang diinsuranskan/ dilindungi & jenis perlindungan</th> <th>Medical conditions / Keadaan kesihatan</th> <th>Date & details of claims made / Tarikh & butiran tuntutan yang dibuat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Name of insurer/ takaful operator / Nama penanggung insurans/ pengendali takaful	Proposal/ Application/ Policy/Contract/ Certificate number / Nombor cadangan/ permohonan/ polisi/kontrak/sijil	Issued date / Tarikh dikeluarkan	Sum assured/ covered & type of coverage / Jumlah yang diinsuranskan/ dilindungi & jenis perlindungan	Medical conditions / Keadaan kesihatan	Date & details of claims made / Tarikh & butiran tuntutan yang dibuat							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name of insurer/ takaful operator / Nama penanggung insurans/ pengendali takaful	Proposal/ Application/ Policy/Contract/ Certificate number / Nombor cadangan/ permohonan/ polisi/kontrak/sijil	Issued date / Tarikh dikeluarkan	Sum assured/ covered & type of coverage / Jumlah yang diinsuranskan/ dilindungi & jenis perlindungan	Medical conditions / Keadaan kesihatan	Date & details of claims made / Tarikh & butiran tuntutan yang dibuat											
<p>7. Do you drink beer, wine or spirits? If yes, please state frequency and quantity or have you been advised to stop drinking by a medical doctor or have you ever been treated for alcoholism? / Adakah anda minum bir, wain atau minuman beralkohol? Jika ya, sila nyatakan kekerapan dan kuantiti atau pernahkah anda dinasihatkan supaya berhenti minum oleh doktor atau dirawat akibat ketagihan alkohol?</p> <hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p>8. Have you or your spouse/partner been advised or received any treatment or having any signs and symptoms related to HIV infections/AIDS? If yes, please provide full details. / Pernahkah anda atau pasangan anda dinasihatkan atau menerima sebarang rawatan atau mempunyai sebarang tanda-tanda dan gejala-gejala berhubung dengan jangkitan HIV/AIDS? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.</p> <hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p>9. Have two (2) or more of your immediate family members (natural parents or siblings) been diagnosed before age 55 with diabetes, heart attack, stroke, cancer, multiple sclerosis, polycystic kidney disease, motor neuron disease, Huntington's disease, muscular dystrophy or any other hereditary illnesses not mentioned here? If yes, please provide full details. / Adakah anda mempunyai dua atau lebih ahli keluarga terdekat (ibu bapa atau adik beradik kandung) yang didiagnosis dengan penyakit kencing manis, sakit jantung, strok, kanser, sklerosis berbilang, penyakit buah pinggang polisistik, penyakit neuron motor, penyakit Huntington, distrofi otot atau sebarang penyakit keturunan lain yang tidak disebut di sini sebelum berumur 55 tahun? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh.</p> <hr/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

SECTION C: HEALTH QUESTIONNAIRES (CON'T) / SEKSYEN C: SOAL SELIDIK KESIHATAN (SAMB'N)

	Policy/Contract/ Certificate owner/holder / Pemilik/Pemegang polisi/kontrak/sijil		Life assured/ Person covered / Orang yang diinsuranskan/dilindungi	
	Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak
10. Have you resided in any country other than Malaysia for more than 3 consecutive months? If yes, please provide full details. / Pernahkah anda tinggal di mana-mana negara selain daripada Malaysia untuk tempoh lebih daripada 3 bulan berturut-turut? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. FOR FEMALE ONLY / UNTUK WANITA SAHAJA i) Are you pregnant? If yes, how many months? / Adakah anda sedang hamil? Jika ya, berapa bulan? <input type="text"/> <input type="text"/> months / bulan ii) Have you suffered or been treated/investigated or received medical advice or intend to consult doctor for any disorder of the breast, female reproductive organ, still birth, complication at birth, abnormal Pap smear or menstrual disorder? If yes, please provide full details. / Pernahkah anda mengalami atau dirawat/diperiksa atau menerima nasihat perubatan atau bercadang untuk berjumpa doktor mengenai apa-apa gangguan pada payudara, organ pembiakan wanita, keadaan melahirkan bayi yang mati dalam kandungan, komplikasi sewaktu melahirkan anak, PAP Smear yang abnormal atau gangguan haid? Jika ya, sila kemukakan butiran penuh. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. FOR CHILD ONLY / UNTUK KANAK-KANAK SAHAJA i) Has the child been diagnosed to have any congenital disorder? / Adakah kanak-kanak ini didiagnosis mengalami masalah kongenital? ii) For child application below 2 years old or was born less than 37 gestational weeks or with birth weight less than 2.5 kg / Untuk permohonan kanak-kanak di bawah umur 2 tahun atau dilahirkan kurang daripada 37 minggu kandungan atau dengan berat lahir kurang daripada 2.5 kg. Weight at birth: / Berat ketika lahir: <input type="text"/> <input type="text"/> kg Pregnancy/Gestation weeks: / Tempoh kehamilan/bunting dalam minggu: <input type="text"/> <input type="text"/> weeks / minggu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION C: DECLARATION AND AUTHORISATION / SEKSYEN C: PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA

- I/We hereby declare that I/we have read the questionnaires or the same was interpreted to me/us and the answers entered in the application are mine/ours and I/we hereby certify on behalf of myself/ourselves and of any person who has or claims any interest in the said policy/contract that each of the answers is complete and true and I agree that they shall be taken as the basis of the proposed revival or other changes/addition. I/We further agree that such revival or other changes/addition shall not be considered as effected until this application is approved by an authorised officer of Company/Takaful Operator. I/We further agree that if my/our application for revival or other changes/addition is accepted by the company/operator, the Incontestability and Suicide Provisions of my/our policy/contract shall be deemed and held to be so modified as to have effect from the approval date of such revival or other changes/addition. / Dengan ini saya/kami mengisytiharkan bahawa saya/kami telah membaca soal selidik ini atau yang sama telah diterjemahkan kepada saya/kami dan jawapan-jawapan yang diberikan adalah kepunyaan saya/kami dan dengan ini bagi pihak diri saya dan sesiapa juga yang mungkin mempunyai atau menuntut mana-mana kepentingan dalam polisi/kontrak tersebut, saya/kami bersetuju bahawa setiap jawapan adalah lengkap dan betul dan saya/kami bersetuju bahawa jawapan-jawapan ini akan dijadikan asas bagi cadangan pengembalian semula atau perubahan/tambahan lain-lain. Selanjutnya saya/kami bersetuju bahawa pengembalian semula tidak akan berkuatkuasa sehingga permohonan untuk pengembalian ini diluluskan oleh pegawai berkuasa Syarikat/Pengendali Takaful. Selanjutnya saya/ kami bersetuju bahawa jika permohonan saya/kami untuk pengembalian semula atau perubahan/tambahan lain-lain diterima oleh Syarikat/ Pengendali Takaful, Syarat Tidak Boleh Tanding dan Syarat Bunuh Diri dalam polisi/kontrak saya/kami hendaklah dianggap diubah berkuatkuasa dari tarikh kelulusan pengembalian semula atau perubahan/tambahan lain-lain tersebut.
- I/we aware that it is my/our pre-contractual duty of disclosure that I/we must exercise reasonable care not to misrepresent i.e; to give false answers/information when answering any questions asked by Company/Takaful Operator and that I/we am/are to answer the questions fully and accurately. / Saya/kami menyedari bahawa ia adalah tanggungjawab pendedahan pra kontrak saya/kami di mana saya/kami perlu mengambil penjagaan munasabah untuk tidak melakukan salah nyataan iaitu memberi jawapan/maklumat palsu apabila menjawab sebarang soalan yang ditanya oleh Syarikat/Pengendali Takaful dan bahawa saya/kami seharusnya menjawab soalan dengan lengkap dan benar.
- I/We have read and understood the contents of this form including all warnings and notices therein and I/we have fully and accurately answered all of the questions in this form and other questions asked by Company/Takaful Operator, if any, after having fully read and understood the questions. / Saya/Kami telah membaca dan memahami kandungan borang ini termasuk semua amaran dan notis yang terkandung di dalamnya dan saya/kami telah menjawab dengan lengkap dan benar semua soalan di dalam borang cadangan dan soalan lain yang dikemukakan oleh Syarikat/Pengendali Takaful, jika ada, selepas membaca dan memahami sepenuhnya soalan tersebut.
- I/We am/are aware that I/we must inform Company/Takaful Operator of any change to the answers given in this form if the change occurred after I/we have submitted this form. / Saya/Kami menyedari bahawa saya/ kami perlu memaklumkan Syarikat/Pengendali Takaful mengenai sebarang perubahan kepada jawapan yang diberikan dalam borang ini jika perubahan berlaku selepas saya/kami menyerahkan borang ini.
- I/We am/are aware that if any answers, statements or information given by me/us is not accurate, the policy/ contract may be deemed void, my/our claim denied or reduced, the terms of the policy/contract changed or varied, or the policy/contract terminated. / Saya/Kami menyedari bahawa jika mana-mana jawapan, kenyataan atau maklumat yang saya/kami berikan adalah tidak benar, polisi/ kontrak boleh terbatal, tuntutan saya/kami ditolak atau dikurangkan, terma-terma polisi/ kontrak ditukar atau diubah, atau polisi/ kontrak ditamatkan.

SECTION C: DECLARATION AND AUTHORISATION (CON'T) / SEKSYEN C: PENGAKUAN DAN PEMBERIAN KUASA (SAMB'N)

6. I/We authorise any physician, hospital, clinic, insurer/takaful operator or other organisation, institution or person, that has any record or knowledge of my/our health, to disclose to Company/Takaful Operator or its representatives all information about me/us with reference to my health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment. A photocopy of this authorisation shall be as valid as the original. Furthermore, Company/Takaful Operator shall, at all times, keep all results of any such tests confidential and the use thereof shall only be for the purposes of this application or further application for insurance/ takaful with Company/Takaful Operator except to such an extent that disclosure is required by the Government Authority or by Law, and further provided that Company/Takaful Operator shall use all care in carrying out any such test, but shall not be liable for any unforeseen occurrence, act or omission, unless Company/Takaful Operator has been negligent. / Saya/Kami membenarkan sebarang pakar perubatan, hospital, klinik, penanggung insurans/pengendali takaful atau organisasi yang lain, institusi atau individu, yang mempunyai sebarang rekod atau maklumat yang berkaitan dengan kesihatan saya/kami, untuk mendedahkan kepada Syarikat/Pengendali Takaful atau wakil- wakilnya dan segala maklumat yang merujuk kepada kesihatan saya/kami serta latar belakang perubatan dan sebarang rekod kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan, jangkitan atau penyakit. Salinan fotokopi kebenaran ini adalah sah seperti salinan asal. Selain itu, Syarikat/Pengendali Takaful hendaklah, pada setiap masa, menyimpan semua keputusan ujian yang berkenaan secara sulit dan penggunaanya hanya untuk tujuan permohonan ini atau permohonan untuk insurans/takaful yang seterusnya dengan Syarikat/Pengendali Takaful kecuali sehingga tahap di mana pendedahan adalah diperlukan oleh Pihak Berkuasa Kerajaan atau oleh Undang-undang, dan seterusnya dengan syarat Syarikat/Pengendali Takaful akan berjaga-jaga dalam menjalankan apa-apa ujian tersebut, tetapi tidak akan bertanggungjawab terhadap sebarang kejadian yang tidak dijangka, tindakan atau pengabaian, kecuali atas kecuaiannya Syarikat/Pengendali Takaful.
7. I/We understand and agree that any of my/our personal information collected or held by Company/Takaful Operator (whether contained in this application or otherwise obtained) may be held, used, and disclosed by Company/Takaful Operator to individuals or organisations related to or associated with Company/Takaful Operator or any selected third party (within or outside of Malaysia, including reinsurance/retakaful and claims investigation companies and industry associations/federations) for the purpose of processing this application and providing subsequent service for this and to communicate with me/us for such purposes. I understand that I/we am/are entitled to obtain access to and to request correction of any personal information held by Company/ Takaful Operator and that such request can be made to Company/Takaful Operator's Client Careline at 1300-88-5055. I/We will keep Company/Takaful Operator updated of any change to such personal information as soon as possible. / Saya/kami memahami dan bersetuju bahawa sebarang maklumat peribadi saya/kami yang diperolehi atau disimpan oleh Syarikat/Pengendali Takaful (sama ada terkandung dalam permohonan ini atau diperolehi dengan cara lain) boleh disimpan, digunakan dan didedahkan oleh Syarikat/Pengendali kepada individu atau organisasi yang berkaitan dengan Syarikat/Pengendali Takaful atau mana-mana pihak ketiga yang terpilih (di dalam atau di luar Malaysia termasuk syarikat-syarikat insurans/takaful semula dan siasatan tuntutan serta persatuan/persekutuan industri) untuk tujuan pemprosesan permohonan ini dan memberikan perkhidmatan seterusnya untuk ini serta berhubung dengan saya/kami bagi tujuan tersebut. Saya memahami bahawa saya/kami berhak mendapat akses kepada maklumat tersebut dan meminta sebarang pembetulan dibuat ke atas mana-mana maklumat peribadi yang disimpan oleh Syarikat/Pengendali Takaful dan permintaan tersebut boleh dibuat kepada talian Khidmat Pelanggan Careline Syarikat/Pengendali Takaful di 1300-88-5055. Saya/Kami akan memaklumkan Syarikat/Pengendali Takaful mengenai sebarang perubahan kepada maklumat peribadi secepat mungkin.
8. I/We hereby declare that the information given is true and accurate to the best of my knowledge and record. I/We shall indemnify Company/Takaful Operator for any loss arising from the reliance on the above information. / Saya/Kami dengan ini mengaku bahawa maklumat yang diberikan adalah benar dan tepat sepanjang pengetahuan dan rekod saya/kami. Saya/Kami akan menanggung rugi Syarikat/ Pengendali Takaful bagi apa-apa kerugian yang timbul daripada pergantungan pada maklumat di atas.

Note: The Company is not able to process the application without your declaration on the above. / Nota: Sila ambil perhatian bahawa Syarikat tidak boleh memproses permohonan ini tanpa pengisytiharan anda.

In WITNESS WHEREOF, I, the policy owner/contract holder/assignee have hereto set my hands on: / Sebagai menyaksikan perkara-perkara di atas, saya, pemilik polisi/pemegang kontrak/pemegang serah hak dengan ini menurunkan tandatangan saya seperti di bawah:

Signature of policy owner/contract holder/assignee /
 Tandatangan pemilik polisi/pemegang kontrak/pemegang serah hak

Full name /
 Nama penuh _____

NRIC number (new)/Other identification number /
 Nombor kad pengenalan (baharu)/Nombor pengenalan lain _____

Date /
 Tarikh _____

Signature of life assured/person covered /
 Tandatangan orang yang diinsuranskan/diilindungi

Full name /
 Nama penuh _____

NRIC number (new)/Other identification number /
 Nombor kad pengenalan (baharu)/Nombor pengenalan lain _____

Date /
 Tarikh _____

Signature of witness /
 Tandatangan saksi

Full name /
 Nama penuh _____

NRIC number (new)/Other identification number /
 Nombor kad pengenalan (baharu)/Nombor pengenalan lain _____

Date /
 Tarikh _____