



HEAD OFFICE/
IBU PEJABAT:

Syarikat Takaful Malaysia Keluarga Berhad (131646-K)
26th Floor, Annexe Block, 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 88 252 385
F 603-22740237
E csu@takaful-malaysia.com.my

Agent's / Sales Officer's Name Nama Ejen / Pegawai Jualan	<input type="text"/>	Agent's / Sales Officer's Tel No. No. Tel Ejen / Pegawai Jualan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Agent's / Sales Officer's Code Kod Ejen / Pegawai Jualan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Agent's / Sales Officer's Email Emel Ejen / Pegawai Jualan	<input type="text"/>

ENDORSEMENT FORM FOR INDIVIDUAL FAMILY CERTIFICATE / BORANG ENDORSEMENT UNTUK SIJIL TAKAFUL KELUARGA INDIVIDU

INSTRUCTIONS: Please complete this in CAPITAL LETTERS and tick (✓) in boxes as appropriate. / **ARAHAN:** Sila isi dengan menggunakan HURUF BESAR dan tandakan (✓) pada petak yang berkenaan.

DETAILS OF CERTIFICATE OWNER/PARTICIPANT / BUTIR-BUTIR PEMILIK SIJIL/PESERTA	
1 Certificate No. No. Sijil	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2 Name of Person Covered Nama Orang Yang Dilindungi	<input type="text"/>
3 MyKad No. No. MyKad	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Old IC / Birth Cert. / Passport No. No. KP Lama / Sijil Kelahiran / Pasport
4 Name of Participant / Certificate Owner / Nama Peserta / Pemilik Sijil	<input type="text"/>
5 MyKad No. No. MyKad	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Old IC / Birth Cert. / Passport No. No. KP Lama / Sijil Kelahiran / Pasport

ENROLMENT FOR PAYOUT/REFUND VIA E-PAYMENT / PENDAFTARAN UNTUK PEMBAYARAN/BAYARAN BALIK MELALUI E-PEMBAYARAN

Compulsory to fill up this part for all future Refund/Payout to be made via Direct Credit (e-Payment). / Wajib melengkapkan bahagian ini supaya semua Bayaran balik/Pembayaran pada masa akan datang boleh dilakukan secara Kredit Terus (e-Pembayaran):

Account Holder's Name (must be the same as Certificate Owner's name) / Nama Pemegang Akaun (mesti sama dengan nama Pemilik Sijil)

Bank Account No. (Bank in Malaysia only) / No. Akaun Bank (Bank di Malaysia sahaja)

Account Type / Jenis Akaun

Saving / Simpanan

Current / Semasa

Bank Name (Bank in Malaysia only) / Nama Bank (Bank di Malaysia sahaja)

Bank Branch / Cawangan Bank

Terms & Conditions / Terma-terma dan Syarat-syarat :

- The e-Payment facility is only applicable for bank accounts maintained in Malaysia. / Kemudahan e-Pembayaran hanya boleh digunakan bagi akaun bank yang diselenggara di Malaysia sahaja.
- The e-Payment facility is only applicable for bank account of Participant's / Certificate Owner's / beneficiary's bank of Syarikat Takaful Malaysia Keluarga Berhad and its subsidiaries ("Takaful Malaysia"). / Kemudahan e-Pembayaran hanya boleh digunakan untuk akaun bank Peserta / Pemilik Sijil / pewaris Syarikat Takaful Malaysia Keluarga Berhad dan anak-anak syarikatnya ("Takaful Malaysia").
- Participant / Certificate Owner / beneficiary is required to furnish a copy of the bank passbook or bank statement and the Identification Document (ID) such as Identification Card (IC), Passport No, Company Registration or other documentation that was used to open the bank account for verification purposes. / Peserta / Pemilik Sijil / beneficiaries perlu mengemukakan satu salinan buku simpanan bank atau penyata bank dan dokumen pengenalan seperti kad pengenalan, nombor pasport, Pendaftaran Syarikat atau dokumen lain yang digunakan semasa membuka akaun bagi tujuan pengesahan.
- Beneficiary bank will be instructed to validate recipient ID against the bank account number and payment will only be honoured if validation is met accordingly. This to ensure that payment is made to valid recipient only. / Bank beneficiaries akan diarahkan untuk mengesahkan ID penerima terhadap nombor akaun bank yang akan diberikan dan transaksi pembayaran hanya akan dilaksanakan sekiranya kriteria pengesahan dokumen dipenuhi. Ini adalah untuk memastikan bahawa pembayaran dibuat kepada penerima yang sah sahaja.
- Participant / Certificate Owner / beneficiary is responsible to notify in writing immediately of any changes in the account number. The notice shall take effect on the date of receipt by Takaful Malaysia. / Peserta / Pemilik Sijil / beneficiaries bertanggungjawab untuk memaklumkan dengan segera secara bertulis beserta dokumen yang berkaitan sekiranya terdapat sebarang perubahan pada nombor akaun. Perubahan akan dibuat pada tarikh penerimaan oleh Takaful Malaysia.
- If a copy of the bank passbook or bank statement is not provided, the Participant / Certificate Owner is deemed to have confirmed that the account details provided in this form as valid and accurate. / Jika salinan buku simpanan bank atau penyata bank tidak dikemukakan, Peserta / Pemilik Sijil dianggap telah mengesahkan bahawa butir-butir akaun di dalam borang ini adalah sah dan tepat.
- In the event of any invalid / inaccurate account details provided by the Participant / Certificate Owner results in payment being credited into a third party bank account, the payment made thereto is still deemed as full payment for Refund / Surrender / Partial Withdrawal / Claims / Cancellation / Others and Takaful Malaysia and its subsidiaries shall be released and fully discharged from all existing and future liabilities, claims and demands in relation to such Refund / Surrender / Partial Withdrawal / Claims / Cancellation / Others. / Sekiranya butir-butir oleh Peserta / Pemilik Sijil tidak sah atau tepat, mengakibatkan pembayaran Kredit Terus ke dalam akaun bank pihak ketiga, pembayaran dibuat itu masih dianggap pembayaran penuh bagi tujuan Bayaran Balik / Serahan / Pengeluaran Sebahagian / Tuntutan / Pembatalan / Lain - lain dan Takaful Malaysia tidak akan bertanggungjawab atas segala liabiliti, dakwaan dan permintaan pada masa kini dan juga masa hadapan yang berkaitan dengan Bayaran Balik / Serahan / Pengeluaran Sebahagian / Tuntutan / Pembatalan / Lain - lain.
- In complying with the Personal Data Protection Act 2010, your personal data that we have collected, processed, used and continue to use, is deemed to have been consented by you in accordance with our Privacy Notice which is available at our website www.takaful-malaysia.com.my. / Dalam mematuhi Akta Perlindungan Data Peribadi 2010, data peribadi anda yang kami kumpulkan, diproses, digunakan dan terus digunakan, disifatkan telah dipersetujui oleh anda mengikut Notis Privasi kami yang terdapat di laman web kami www.takaful-malaysia.com.my.

TYPE OF ENDORSEMENT REQUIRED (Please cross 'X' in the appropriate boxes) / JENIS ENDORSEMEN YANG DIPERLUKAN (Sila tandakan 'X' dalam petak yang berkenaan)

Changes of Personal Particulars, Personal Data Protection Act (PDPA) Consent or Contribution Payment Method
 Perubahan Maklumat Peribadi, Perseutusan Akta Perlindungan Data Peribadi (APDP) atau Cara Pembayaran Caruman

IFCE 1003

Increase or Decrease Sum Covered, Add or Delete Riders, Reinstatement, Modify Term or Benefit, Change of Contribution Mode or Occupation
 Peningkatan atau Pengurangan Amaun Perlindungan, Penambahan atau Pembatalan Rider, Penguatkuasaan Semula, Perubahan Manfaat atau Tempoh, Perubahan Mod Caruman atau Pekerjaan

IFCE 1001

PART 1: CHANGE OF PERSONAL PARTICULARS OR PDPA CONSENT / BAHAGIAN 1: PERUBAHAN MAKLUMAT PERIBADI ATAU PERSETUJUAN APDP

1.1: Changes on Personal Particular / Perubahan Maklumat Peribadi

Amendment on:
 Perubahan pada:

Changes applied to Participant / Certificate Owner:
 Perubahan pada Peserta / Pemilik Sijil:

Changes applied to Person Covered:
 Perubahan pada Orang Yang Dilindungi:

Name
 Nama

MyKad No.
 No. MyKad

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Old IC/Passport No.
 No. KP Lama/Pasport

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Address
 Alamat

Postcode / Poskod

--	--	--	--	--	--	--

Postcode / Poskod

--	--	--	--	--	--	--

Contact Details / Butir-butir Hubungan

Mobile / Bimbit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telephone / Telefon

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Email / Emel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of birth
 Tarikh Lahir

				/					/											
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

				/					/											
--	--	--	--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Occupation / Pekerjaan

Occupation Title <i>Jawatan Pekerjaan</i>									
Occupation Class <i>Kelas Pekerjaan</i>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
Nature of Business <i>Bidang Perniagaan</i>									

Occupation Title <i>Jawatan Pekerjaan</i>									
Occupation Class <i>Kelas Pekerjaan</i>	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
Nature of Business <i>Bidang Perniagaan</i>									

1.2: Changes on PDPA Consent / Perubahan Perseutusan APDP

Consent given for marketing purposes pursuant to the PDPA 2010.
 Perseutusan diberikan untuk tujuan pemasaran selaras dengan APDP 2010.

Withdraw consent given for marketing purposes pursuant to the PDPA 2010.
 Menarik balik kebenaran yang diberikan untuk tujuan pemasaran selaras dengan APDP 2010.

1.3: Other Changes (Please specify) / Perubahan Lain (Sila nyatakan)

PART 5: PERSONAL HEALTH DECLARATION (Only applicable for increase sum covered, add rider, reinstatement, increase basic contribution, change of benefit package, change of term coverage)

BAHAGIAN 5: PENGAKUAN KESIHATAN DIRI (Digunakan untuk peningkatan amaun perlindungan, penambahan rider, penguatkuasaan semula, peningkatan caruman asas, perubahan pakej manfaat, perubahan tempoh perlindungan)

WARNING: Pursuant to Section 141 of the Islamic Financial Services Act 2013, you are obliged to answer all the questions required in this Endorsement Form For Individual Family Certificate 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. Proof of age is required prior to payment of benefits under the certificate. Any future attachment shall be deemed part of this Endorsement Form For Individual Family Certificate. **It is important that this Endorsement Form For Individual Family Certificate is completed accurately.** Upon receipt of completed documents (including all additional documents arising from underwriting assessment) and payment (if any), endorsement slip/letter will be issued within thirty (30) days after your application is accepted by the Company. The endorsement slip/letter issue will form part of the Takaful Contract.

AMARAN: Di bawah Seksyen 141 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, anda perlu menjawab kesemua soalan yang terdapat di dalam Borang Endorsemen Untuk Sijil Takaful Keluarga Individu ini dan mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda tahu sebagai berkaitan dengan keputusan kami dalam menerima risiko dan menentukan kadar dan terma yang hendak dipakai, jika tidak, ia akan menyebabkan pengelakkan kontrak, penolakan tuntutan atau pengubahan syarat-syarat. Kewajipan pendedahan ini akan berterusan sehingga masa kontrak itu dibuat, diubah atau diperbaharui. Anda juga bertanggungjawab untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak membuat salah nyataan dalam menjawab soalan-soalan dan membuat pendedahan tersebut. Bukti umur dikehendaki sebelum pembayaran manfaat di bawah sijil ini dibayar. Mana-mana lampiran pada masa depan akan diambil kira sebagai sebahagian daripada Borang Endorsemen Untuk Sijil Takaful Keluarga Individu ini. **Adalah mustahak untuk Borang Endorsemen Untuk Sijil Takaful Keluarga Individu ini dilengkapi dengan tepat.** Slip endorsemen/surat akan dikeluarkan dalam tempoh tiga puluh (30) hari jika kesemua dokumen-dokumen (termasuk dokumen tambahan dari penilaian tanggung urus) telah diterima oleh Syarikat, bayaran penuh (jika perlu) telah dibuat dan cadangan telah dipersetujui oleh Syarikat. Slip endorsemen/surat yang dikeluarkan akan menjadi sebahagian daripada Kontrak Takaful.

PART 5.0 (a) : GENERAL INFORMATION / BAHAGIAN 5.0 (a) MAKLUMAT UMUM

	Person A : Person Covered / Individu A : Orang Yang Dilindungi Person B : Participant / Certificate Owner / Individu B : Peserta / Pemilik Sijil	Q	Person A / Individu A		Person B / Individu B	
			Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak
1	Are you now a member of any military force and/or do you expect to engage in any hazardous sports, diving, racing or flying other than as a fare paying passenger on a regularly scheduled airline? / Adakah sekarang anda seorang anggota tentera dan/atau dijangka terlibat dengan sukan berbahaya, menyelam, perlumbaan atau penerbangan selain sebagai penumpang yang membayar tambang untuk penerbangan berjadual?	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you resided abroad continuously for more than one (1) month during the last three (3) years? If 'Yes', please give full details include country resided. / Pernahkah anda tinggal di luar negara secara berterusan melebihi satu (1) bulan semenjak tiga (3) tahun yang lepas? Jika 'Ya', sila berikan butir-butir lanjut termasuk nama negara yang diduduki.	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you ever used any or in the habit of using drugs or narcotics or alcohol excessively or been treated for alcoholism or drug habits? / Pernahkah anda menggunakan sebarang dadah atau narkotik atau alkohol berlebihan ataupun menerima rawatan untuk masalah dadah dan alkohol berlebihan?	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have either your parents or siblings suffered from heart disease, stroke, hypertension, kidney disease, diabetes, cancer, paralysis or epilepsy? / Pernahkah ibu bapa atau adik-beradik anda menghadapi penyakit jantung, strok, darah tinggi, penyakit buah pinggang, kencing manis, kanser, lumpuh atau sawan?	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Do you have a regular Doctor? If 'Yes', please provide name and address of the Doctor in space provided below. / Adakah anda mempunyai Doktor yang tetap? Jika 'Ya', sila nyatakan nama dan alamat Doktor tersebut di dalam ruangan yang disediakan di bawah.	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

>>If answer to Question 1,2,3 or 5 is 'Yes', please indicate the relevant question number and give full details (include those details specify in the respective question) in space provided below. / Jika jawapan kepada soalan 1,2,3 atau 5 adalah 'Ya', sila tandakan nombor soalan berkaitan and berikan butir-butir terperinci (termasuk butir-butir yang dinyatakan pada soalan yang berkenaan) di dalam ruangan yang disediakan di bawah.

>>If answer to Question 4 is 'Yes', please indicate the relevant question number and give the following details in space provided below. / Jika jawapan kepada soalan 4 adalah 'Ya', sila tandakan nombor soalan berkaitan and berikan butir-butir berikut di dalam ruangan yang disediakan di bawah.

(i) Relationship with you / Perhubungan dengan anda; (ii) Type of illness / Jenis penyakit; (iii) Age at onset / Umur penyakit bermula; (iv) Age of death (if applicable) / Usia semasa meninggal (jika berkenaan).

	Person A / Individu A	Person B / Individu B

Part 5.0 (b) : HEALTH QUESTIONNAIRE / BAHAGIAN 5.0 (b) : SOALAN-SOALAN KESIHATAN

	Person A : Person Covered / Individu A : Orang Yang Dilindungi Person B : Participant / Certificate Owner / Individu B : Peserta / Pemilik Sijil	Q	Person A / Individu A		Person B / Individu B	
			Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak
1	Do you have or are you currently receiving medical treatment for any physical impairment, congenital abnormality or poor health? / Adakah atau pernahkah anda menerima sebarang rawatan perubatan untuk kecederaan fizikal, kecacatan sejak dilahirkan atau tahap kesihatan yang lemah?	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you ever suffered from or been told you have, and/or receiving medical treatment for : / Adakah anda menghadapi atau diberitahu menghidap, dan/atau menerima sebarang rawatan untuk :	2				
	a) Epilepsy, Febrile fits, Paralysis, Stroke, Mental disorder, Disease of the brain or nervous system? / Sawan, Febril fit, Lumpuh, Strok, Gangguan mental, lain-lain penyakit otak atau sistem saraf?	2 a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) High blood pressure, Raised cholesterol, Shortness of breath, Chest pain, Palpitation, Heart attack, or other disease of the heart or blood vessel? / Tekanan darah tinggi, Kolesterol tinggi, Sesak nafas, Sakit dada, Palpitasi, Serangan penyakit jantung atau sebarang penyakit jantung atau saluran darah?	2 b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Person A : Person Covered / Individu A : Orang Yang Dilindungi Person B : Participant / Certificate Owner / Individu B : Peserta / Pemilik Sijil		Person A / Individu A		Person B / Individu B										
		Q	Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak								
	c) Tuberculosis, Asthma, Pneumonia, Respiratory or lung disease? / <i>Tibi, Asma, Pneumonia, Gangguan pernafasan atau penyakit paru-paru?</i>	2 c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	d) Gastritis or Peptic Ulcer, Hernias, Disease of the stomach or intestine? / <i>Gastritis atau Peptic Ulser, Hernia, Penyakit perut atau usus?</i>	2 d)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	e) Jaundice, Hepatitis, Liver or gall bladder disease, Hepatitis B Carrier, Hepatitis C Carrier? / <i>Penyakit kuning, Hepatitis, Penyakit hati atau pundi hempedu, Pembawa Hepatitis B, Pembawa Hepatitis C ?</i>	2 e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	f) Persistent sugar, blood or protein in urine, Kidney stone or disease of the kidneys, Disease of the genital-urinary system? / <i>Gula, darah atau protein yang persisten dalam air kencing, Batu karang atau penyakit buah pinggang, Lain-lain gangguan sistem genito-urinari?</i>	2 f)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	g) Diabetes, Abnormal blood sugar, Thyroid or other endocrine disorders? / <i>Kencing manis, gula darah abnormal, Tiroid atau Sebarang gangguan atau penyakit sistem endokrin.</i>	2 g)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	h) Cancer, cyst, growth or tumour of any kind? / <i>Kanser, Sista, Ketumbuhan atau sebarang tumor?</i>	2 h)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	i) Disease of the eyes, ear, nose, mouth or throat? / <i>Penyakit mata, telinga, hidung, mulut atau tekak?</i>	2 i)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	j) Sexually transmitted diseases? / <i>Penyakit jangkitan seks?</i>	2 j)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	k) Enlarged lymph nodes, Rheumatic fever, Severe skin disease, Anemia, Others blood disorders? / <i>Pembesaran nodos limfa, Demam rheumatic, Penyakit kulit yang teruk, Anemia, sebarang gangguan darah lain?</i>	2 k)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	l) Arthritis, gout, rheumatism or disease or disorder of the muscles, bones, joint, backache or spine? / <i>Arthritis, Gout, reumatisma atau Sebarang penyakit otot, Tulang, Sendi, Sakit belakang atau spina?</i>	2 l)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	m) Any other illnesses not mentioned above? / <i>Sebarang penyakit lain yang tidak disebut di atas?</i>	2 m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
3	a) Have you had any diagnostic tests done such as X-ray, electrocardiogram (ECG), blood test, biopsy or others? If 'Yes', please state date, results and reason for the tests. / <i>Pernahkah anda menjalani sebarang ujian diagnostik seperti X-ray, elektrokardiogram, ujian darah, biopsi dan lain-lain? Jika 'Ya', sila nyatakan tarikh, keputusan dan sebab menjalani ujian-ujian tersebut.</i>	3 a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	b) Have you ever had any illness, injury or disability lasting or require treatment for more than 7 days or been admitted to hospital or medical facilities? / <i>Pernahkah anda jatuh sakit atau mengalami kecederaan atau ketidakupayaan yang berlanjutan atau memerlukan rawatan lebih daripada 7 hari atau dimasukkan ke hospital atau tempat yang dilengkapi kemudahan perubatan?</i>	3 b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	c) Are you currently receiving medical treatment or under medical care of any kind? / <i>Adakah anda sedang menerima apa-apa rawatan atau masih di bawah penjagaan perubatan?</i>	3 c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
4	a) Have you or your spouse received or do you or your spouse expect to receive any medical advice, counselling or treatment in connection with HIV infection, antibody blood test for HIV, AIDS, or any other AIDS related condition? / <i>Adakah anda atau pasangan anda menerima atau anda atau pasangan anda dijangka akan menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan yang berkaitan dengan jangkitan HIV, ujian darah antibodi terhadap HIV, AIDS atau sebarang penyakit yang berkaitan dengan AIDS?</i>	4 a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	b) Have you at anytime in the past three (3) months had continuous and unexplained symptoms of fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? / <i>Pernahkah anda pada bila-bila masa dalam tiga (3) bulan lepas mengalami symptom letih berterusan dan tidak dapat dijelaskan, penurunan berat badan, cirit-birit, pembesaran noda limfa atau perlepuhan kulit yang luar biasa?</i>	4 b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	c) Are you currently receiving medical treatment or under medical care of any kind? / <i>Adakah anda sedang menerima apa-apa rawatan atau masih di bawah penjagaan perubatan?</i>	4 c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
5	Please state your height and weight. / <i>Sila nyatakan ketinggian dan berat badan anda.</i>	5	<table border="1"> <tr> <td>Height / Ketinggian</td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td>Weight / Berat Badan</td> <td>kg</td> </tr> </table>		Height / Ketinggian	cm	Weight / Berat Badan	kg	<table border="1"> <tr> <td>Height / Ketinggian</td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td>Weight / Berat Badan</td> <td>kg</td> </tr> </table>		Height / Ketinggian	cm	Weight / Berat Badan	kg
Height / Ketinggian	cm													
Weight / Berat Badan	kg													
Height / Ketinggian	cm													
Weight / Berat Badan	kg													
6	Do you smoke cigarettes? If YES, how many stick daily? / <i>Adakah anda merokok? Jika YA, berapa batang sehari?</i> Person A / Individu A <input type="text"/> sticks daily / <i>batang sehari</i> <input type="text"/> Total years of smoking / <i>Jumlah tahun telah merokok</i> Person B / Individu B <input type="text"/> sticks daily / <i>batang sehari</i> <input type="text"/> Total years of smoking / <i>Jumlah tahun telah merokok</i>	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
7	FEMALE WITH AGE 16 AND ABOVE / PEREMPUAN BERUMUR 16 TAHUN DAN KE ATAS a) Are you now pregnant? If 'Yes', how many month(s)? / <i>Adakah anda hamil sekarang? Jika 'Ya', berapa bulan?</i> Months / <i>bulan</i>	7 a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	b) Have you ever had any disorder of the breast or female reproductive organs or menstrual disorder, abnormal pap smear(s) or any complication of pregnancy/child birth? / <i>Pernahkah anda mengalami masalah buah dada atau organ reproduktif wanita, gangguan haid, pap smear tidak normal atau komplikasi semasa mengandung/bersalin?</i>	7 b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
8	CHILD BELOW 2 YEARS OF AGE ONLY / KANAK-KANAK BERUMUR DI BAWAH 2 TAHUN SAHAJA a) Is the child born premature or pre-term? If 'Yes', please answer (b) to (d). / <i>Adakah kanak-kanak lahir tidak cukup bulan atau sebelum tempoh? Jika 'Ya', sila jawab (b) hingga (d).</i>	8 a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
	b) What was the birth weight? / <i>Berapakah berat ketika lahir?</i>	8 b)	<input type="text"/> kg											
	c) Duration of hospital stay after birth? / <i>Tempoh tinggal di hospital selepas dilahirkan?</i>	8 c)	<input type="text"/> Days / <i>Hari</i>											
	d) Did or does the child suffer from any residual complications, impairments or physical defects? / <i>Adakah kanak-kanak itu pernah atau masih terdapat komplikasi, kelemahan atau kecacatan fizikal?</i>	8 d)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

If any of the answers to questions 1 through 4, 7(b) or 8(d) is 'Yes', please indicate the question number and give the following details in space provided with reference to the pointers stated below; if applicable. / Jika mana-mana jawapan kepada soalan 1 hingga 4, 7(b) atau 8(d) adalah 'Ya', sila tandakan nombor soalan dan berikan butir-butir lanjut di dalam ruang yang disediakan dengan merujuk petunjuk di bawah; jika berkenaan.

(i) Question number / Nombor soalan

(iii) Nature of tests done, date, results and reason / Jenis ujian, tarikh, keputusan dan sebab.

(v) Name and address of attending doctor/clinics or hospital / Nama dan alamat doktor/klinik atau hospital

(ii) Type of illness / Jenis penyakit

(iv) Duration and severity of illness/injury and date of last follow up / Jangkamasa dan tahap kecederaan/penyakit dan tarikh rawatan susulan terakhir.

(vi) Current condition / Keadaan semasa.

Person A / Individu A	Person B / Individu B

PART 6 : THE CONTRACT / BAHAGIAN 6 : PERJANJIAN

Authorisation & Declaration / Kebenaran & Perakuan

I hereby declare, to the best of my knowledge and belief, that all statements made above together with all other documents submitted in connection herewith are true and complete. I further agree that a photocopy of this Contract shall be as effective and valid as per original.

Saya dengan ini mengaku, sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya, bahawa semua pernyataan di atas dan dokumen yang disertakan berhubung dengan permohonan ini adalah benar dan lengkap. Saya seterusnya bersetuju bahawa salinan Perjanjian ini adalah efektif dan dianggap sah sebagaimana salinan asal.

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

Saya mengizinkan dan membenarkan 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. Saya dengan ini mengakukan akan memaklumkan kepada Syarikat jika terdapat apa-apa perubahan terhadap tahap kesihatan saya dari tarikh aikan ini sebelum Sijil dikeluarkan. Sekiranya saya membatalkan endorsemen ini, saya memberi kebenaran kepada Syarikat untuk menolak semua jumlah perbelanjaan perubatan yang telah didahulukan oleh Syarikat daripada caruman yang telah dibayar.

I hereby declare that I have sighted, understood and agreed to the Contract I signed in the Endorsement Form For Individual Family Certificate of the abovementioned Certificate. I further authorise and request that the above Certificate to be changed in accordance with the above particulars. Any alteration or variation shall not take effect until the request is approved by the Company. I declare that if any time of the above statements are found to be untrue or incorrect in any respect, the endorsement(s) issued become null and void.

Saya mengaku bahawa saya telah melihat, memahami dan bersetuju dengan Perjanjian yang telah saya tandatangi dalam Borang Endorsemen Untuk Sijil Takaful Keluarga Individu untuk Sijil yang tersebut di atas. Saya seterusnya membenarkan dan meminta agar Sijil di atas ditukar selaras dengan butir-butir di atas. Apa-apa pengubahsuaian atau perubahan tidak akan berkuatkuasa sehingga permintaan telah diluluskan oleh Syarikat. Saya mengaku bahawa sekiranya pada bila-bila masa dan keadaan kenyataan-kenyataan di atas didapati tidak benar dan tidak betul, endorsemen yang dikeluarkan ini adalah tidak sah.

Personal Data Protection Act 2010 / Akta Perlindungan Data Peribadi 2010

I agree that all my personal information provided to the Company in this form is provided with my consent for it to be stored, processed and disclosed by the Company to third parties for the purpose and in accordance with the Company's Privacy Notice, as published on the Company's website.

Saya bersetuju bahawa semua maklumat peribadi saya yang diberi kepada Syarikat di dalam borang ini adalah diberi dengan persetujuan saya untuk ianya disimpan, diproses dan didedahkan oleh Syarikat kepada pihak ketiga untuk tujuan dan berdasarkan Notis Privasi, seperti yang dipaparkan di laman web Syarikat.

Signed at
Ditandatangani di

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date
Tarikh

				/			/												
--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

Signature of Participant / Certificate Owner
Tandatangan Peserta / Pemilik Sijil

--

Signature of Person Covered /
Tandatangan Orang Yang 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:

MyKad No. / No. Mykad:

Date / Tarikh:

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.

Certificate Number / Nombor Sijil

CREDIT/DEBIT CARD STANDING INSTRUCTIONS AND AUTO DEBIT ENROLMENT FORM / BORANG ARAHAN TETAP KAD KREDIT/DEBIT DAN PENDAFTARAN AUTO DEBIT

1. Complete **Part A** of this form for authorization to charge ALL outstanding contributions (if any) AND registration of **RECURRING BILLING via STANDING INSTRUCTIONS** for subsequent contributions of the above certificate via Credit/Debit Card. / Lengkapkan **Bahagian A** pada borang ini untuk kebenaran caj pada semua caruman tunggakan (jika ada) DAN pendaftaran **BIL BERULANG melalui ARAHAN TETAP** untuk sumbangan caruman selanjutnya melalui Kad Kredit/Debit.
2. Complete **Part B** of this form for registration of **RECURRING BILLING via STANDING INSTRUCTIONS** for subsequent contributions of the above certificate via Auto Debit. / Lengkapkan **Bahagian B** pada borang ini bagi tujuan pendaftaran **BIL BERULANG melalui ARAHAN TETAP** untuk sumbangan caruman selanjutnya melalui Auto Debit

PART A : AUTHORISATION TO PAY BY CREDIT OR DEBIT CARD / BAHAGIAN A : KEBENARAN MEMBAYAR MELALUI KAD KREDIT ATAU DEBIT

Please tick (√) the selected card type in the boxes as appropriate / Sila tandakan (√) jenis kad pilihan di dalam petak yang berkenaan:

Card Type / Jenis Kad : Credit/Debit Visa Card / Kad Visa Kredit/Debit Credit/Debit Master Card / Kad Master Kredit/Debit

Card No. / No. Kad : / / / Card Issuing Bank / Bank Pengeluar Kad : _____

Card Holder's Name / Nama Pemegang Kad : _____ Card Expiry Date / Tarikh Kad Tamat : /

Card Holder Relationship to Person Covered / Hubungan Pemegang Kad dengan Orang Yang Dilindungi : _____

The charge frequency will depend on the payment mode of the product features. / Kekerapan caj adalah bergantung kepada mod pembayaran ciri-ciri produk tersebut.

I hereby authorise the use of my credit card/debit card being payment of Takaful contributions for the stated certificate number. I agree to abide by the terms and condition of the service as being specified by the credit card/debit card issuance Bank. / Saya akan membenarkan penggunaan kad kredit/kad debit milik saya sebagai bayaran caruman Takaful untuk nombor sijil yang tertera. Saya bersetuju mematuhi syarat-syarat dan peraturan perkhidmatan seperti yang ditetapkan oleh Bank pengeluar kad kredit/kad debit.

Card Holder's Signature / Tandatangan Pemegang Kad

Terms & Conditions / Terma-terma & Syarat-syarat:

1. Receipts will not be issued for contribution payments made through this standing instructions facility. I will refer to my credit card/bank statements for confirmation of payments. / Resit tidak akan dikeluarkan bagi caruman yang dibayar melalui kemudahan arahan tetap ini. Saya akan merujuk kepada penyata kad kredit/bank saya untuk pengesahan pembayaran.
2. I will ensure that the Company is notified in writing of any changes, loss or replacement of my credit/debit card, or cancellation of this authorisation at least one (1) month before the next contribution due date. Such changes or cancellation will become effective only after the Company has duly acknowledged receipt of such request. / Saya akan memastikan Syarikat dimaklumkan secara bertulis tentang apa-apa perubahan, kehilangan atau penggantian kad kredit/debit saya, atau pembatalan kebenaran ini sekurang-kurangnya satu (1) bulan sebelum caruman berikutnya perlu dibayar. Perubahan atau pembatalan seperti itu hanya akan berkuatkuasa setelah Syarikat mengesahkan penerimaan permintaan yang sepatutnya.
3. Please refer to the Full Terms and Conditions of the Credit/Debit Card Standing Instructions details on our Company website to find out more about the facilities. / Sila rujuk pada Terma dan Syarat Penuh Arahan Tetap Kad Kredit/Debit di laman web Syarikat kami untuk mengetahui dengan lebih lanjut mengenai kemudahan ini.

PART B : AUTHORISATION TO PAY BY AUTO DEBIT / BAHAGIAN B : KEBENARAN MEMBAYAR MELALUI ARAHAN AUTO DEBIT

Please tick (√) the selected Bank/Financial Institution in the boxes as appropriate. / Sila tandakan (√) Bank/Institusi Kewangan pilihan di dalam petak yang berkenaan.

BANK ISLAM LEMBAGA TABUNG HAJI MAYBANK BSN CIMB RHB

Name of Account Holder / Nama Pemegang Akaun : _____

MyKad No. / No. MyKad : - - Old IC No./Police@Army ID / No. KP Lama/ID Polis@Tentera :

Account No. / No. Akaun : Telephone / Telefon : -

Transaction Limit / Had Transaksi : RM .

Upon approval of my application, I hereby authorize the Bank/Financial Institution to process and debit my account to pay the Takaful contribution to Syarikat Takaful Malaysia Keluarga Berhad. I agree to abide by the terms and conditions of the Bank/Financial Institution. / Setelah permohonan diluluskan, saya dengan ini membenarkan Bank/Institusi Kewangan memproses dan mendebit akaun saya untuk pembayaran caruman Takaful kepada Syarikat Takaful Malaysia Keluarga Berhad. Saya bersetuju untuk mematuhi terma dan syarat yang ditetapkan oleh pihak Bank/Institusi Kewangan tersebut.

Account Holder Signature as per Bank/Financial Institution's Record /
Tandatangan Pemegang Akaun seperti dalam Rekod Bank/Institusi Kewangan

Terms & Conditions / Terma-terma & Syarat-syarat:

1. I expressly authorize the Bank/Financial Institution to furnish my account number at any time required to the Company. / Saya membenarkan pihak Bank/Institusi Kewangan untuk menyerahkan nombor akaun saya pada bila-bila masa yang diperlukan oleh Syarikat.
2. In the event a debit cannot be successfully processed /debited on a particular deduction date, I hereby authorize the Bank/Financial Institution to make a reattempt to debit the contribution/ installment from my account on the subsequent deduction date(s); subject to a claim from the payee. / Jika berlaku keadaan di mana urusan debit gagal diproses/didebit pada tarikh potongan tertentu, saya dengan ini membenarkan pihak Bank/Institusi Kewangan untuk cuba mendebitkan semula caruman/ansuran tersebut dari akaun saya pada tarikh potongan seterusnya; tertakluk pada tuntutan dari pembayar.
3. Receipts will not be issued for contribution payments made through this Auto Debit facility. I will refer to my bank statements for confirmation of payments. / Resit tidak akan dikeluarkan bagi caruman yang dibayar melalui kemudahan debit terus ini. Saya akan merujuk kepada penyata bank saya untuk pengesahan pembayaran.
4. Only applicable to Individual Savings/Current Account/Giro/Wadiah only. Not applicable to other types of account such as (not limited to) Company/Joint accounts etc. / Hanya terpakai bagi Akaun Simpanan/Semasa/Giro/Wadiah milik individu sahaja. Tidak terpakai bagi akaun-akaun lain seperti (tidak terhad kepada) Akaun Syarikat/Bersama dan sebagainya.
5. Please refer to the Full Terms and Conditions of the Auto Debit For Payment of Takaful Contributions details on our Company website to find out more about the facilities. / Sila rujuk pada Terma dan Syarat Penuh Auto Debit Untuk Pembayaran Caruman Takaful di laman web Syarikat kami untuk mengetahui dengan lebih lanjut mengenai kemudahan ini.