



HEAD OFFICE/
IBU PEJABAT:

Syarikat Takaful Malaysia Keluarga Berhad 198401019089 (131646-K)
27th 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

Sales Representative's Name <i>Nama Wakil Jualan</i>	<input type="text"/>	Sales Representative's Mobile No. <i>No. Telefon Bimbit Wakil Jualan</i>	<input type="text"/>
Sales Representative's Code <i>Kod Wakil Jualan</i>	<input type="text"/>	Sales Representative's Email Address <i>Alamat E-mel Wakil Jualan</i>	<input type="text"/>

REINSTATEMENT APPLICATION FORM / BORANG PERMOHONAN PENGUATKUASAAN SEMULA

Important Notes / Nota-nota Penting:

Pursuant to Schedule 9 of the Islamic Financial Services Act 2013, you are obliged to provide all information required in this Reinstatement Application Form and disclose any other matter that you know to be relevant to Syarikat Takaful Malaysia Keluarga Berhad's (which includes all its subsidiaries, related and / or associated companies collectively as the context requires) ("Takaful Malaysia") 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 your certificate is reinstated pursuant to this Reinstatement Application Form. You are also obliged to take reasonable care not to make a misrepresentation in providing all information and in making the disclosure. It is important that this Reinstatement Application Form is completed accurately as it will form part of the Takaful Contract. The plan coverage is effective upon receipt of completed documents (including all additional documents arising from the underwriting assessment) and successful payment of your contribution. An endorsement slip/letter will be issued after your application is accepted by Takaful Malaysia, and the endorsement slip/letter will form part of the Takaful Contract.

Di bawah Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, anda perlu memberi semua maklumat yang diperlukan di dalam Borang Permohonan Penguatkuasaan Semula ini dan mendedahkan apa-apa perkara lain yang anda tahu berkaitan dengan keputusan Syarikat Takaful Malaysia Keluarga Berhad (termasuk semua subsidiari, syarikat berkaitan dan / atau syarikat bersekutu secara kolektif dimana konteks memerlukan) ("Takaful Malaysia") 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 sijil anda dikuatkuasakan mengikut Borang Permohonan Penguatkuasaan Semula ini. Anda juga bertanggungjawab untuk mengambil langkah yang munasabah untuk tidak membuat salah nyata dalam memberikan semua maklumat dan membuat pendedahan tersebut. Adalah mustahak untuk Borang Permohonan Penguatkuasaan Semula ini dilengkapi dengan tepat kerana ia akan menjadi sebahagian daripada Kontrak Takaful. Perlindungan pelan akan berkuat kuasa setelah kesemua dokumen-dokumen (termasuk dokumen tambahan daripada penilaian pengunderaitan) dan bayaran caruman anda berjaya. Slip/surat endorsemen akan dikeluarkan selepas permohonan anda diterima oleh Takaful Malaysia dan slip/surat endorsemen tersebut akan menjadi sebahagian daripada Kontrak Takaful.

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

PART 1 : DETAILS OF PARTICIPANT AND PERSON COVERED / BUTIR-BUTIR PESERTA DAN ORANG YANG DILINDUNGI		
1	Cert. / e-Cert. No. <i>No. Sijil / e-Sijil</i>	<input type="text"/>
2	Name of Person Covered <i>Nama Orang yang Dilindungi</i>	<input type="text"/>
3	NRIC <i>No. Kad Pengenalan</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Other ID No. <i>No. ID Lain</i> <input type="text"/>
4	Name of Participant <i>Nama Peserta</i>	<input type="text"/>
5	NRIC <i>No. Kad Pengenalan</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Other ID No. <i>No. ID Lain</i> <input type="text"/>
6	Correspondence Address <i>Alamat Surat-menyurat</i>	<input type="text"/>
	Postcode <i>Poskod</i> <input type="text"/>	State <i>Negeri</i> <input type="text"/>
		Country <i>Negara</i> <input type="text"/>
7	Mobile Number <i>No. Telefon Bimbit</i>	<input type="text"/>
8	Email Address <i>Alamat E-mel</i>	<input type="text"/>

PERSONAL HEALTH DECLARATION / PENGAKUAN KESIHATAN DIRI				
PART 1: APPLICABLE FOR CERTIFICATE LAPSE WITHIN 6 MONTHS / BAHAGIAN 1: DIGUNA PAKAI UNTUK SIJIL YANG LUPUT DALAM TEMPOH 6 BULAN				
Person A: Person Covered / Individu A: Orang yang Dilindungi			Person A / Individu A	
Person B: Participant (if different from Person A) / Individu B: Peserta (sekiranya berlainan daripada Individu A)			Person B / Individu B	
			Yes / Ya	No / Tidak
1	I declare that I am in good health neither with physical defect, deformity, disability or illness nor with any impairments requiring medical treatment, investigation or observation. I confirm that my statement and health declared above are true and complete, and I have not withheld any other information which may influence the acceptance of this reinstatement application by Takaful Malaysia. <i>Saya mengaku bahawa saya adalah dalam keadaan sihat tanpa kecacatan fizikal, keilatan atau penyakit mahupun dengan sebarang keilatan yang memerlukan rawatan perubatan, siasatan atau pemerhatian. Saya mengesahkan bahawa kenyataan dan pengakuan kesihatan di atas adalah benar dan lengkap, dan saya tidak menyimpan sebarang maklumat yang mungkin akan mempengaruhi Takaful Malaysia untuk menerima permohonan penguatkuasaan ini.</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please complete PART 2 if the above answer is 'No'. / Sila lengkapkan BAHAGIAN 2 sekiranya jawapan di atas adalah 'Tidak'.

PART 2: APPLICABLE FOR CERTIFICATE LAPSED MORE THAN 6 MONTHS / BAHAGIAN 2: DIGUNAPAKAI UNTUK SIJIL YANG LUPUT MELEBIHI 6 BULAN

PART 2 (a): GENERAL INFORMATION / BAHAGIAN 2 (a): MAKLUMAT UMUM

Person A: Person Covered / Individu A: Orang yang Dilindungi			Person A / Individu A	
Person B: Participant (if different from Person A) / Individu B: Peserta (sekiranya berlainan daripada Individu A)			Person B / Individu B	
			Yes / Ya	No / Tidak
1	Are you now a member of any military force and/or do you engage in or intend to engage in flying (other than as a fare-paying passenger on a scheduled air route), diving, racing, mountain/rock climbing or any other hazardous sport or pursuit? <i>Adakah anda sekarang seorang anggota tentera dan/atau terlibat atau dijangka terlibat dalam penerbangan (selain penerbangan sebagai penumpang yang membayar tambang untuk penerbangan berjadual), menyelam, perlumbaan, mendaki gunung/rock climbing atau sukan berbahaya yang lain?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Has any of your certificate/policy, proposal or reinstatement of family takaful/life, critical illness, medical/health, personal accident takaful/insurance ever been declined, postponed or charged with extra contributions/premiums or accepted with an exclusion? <i>Adakah sebarang sijil/polisi, cadangan, penguatkuasaan semula untuk takaful/insurans keluarga/hayat, penyakit kritikal, perubatan/kesihatan atau kemalangan pernah ditolak, ditangguhkan atau dicaj dengan caruman/premium tambahan atau diterima dengan pengecualian?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Have you ever used any or in the habit of using drugs/narcotics/alcohol excessively or been treated for alcoholism / drug habits? <i>Pernahkah anda menggunakan sebarang atau mempunyai tabiat mengambil dadah/narkotik/alkohol secara berlebihan atau dirawat untuk masalah ketagihan alkohol/dadah?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Have either your parents or siblings suffered from heart disease, stroke, hypertension, kidney disease, diabetes, cancer, mental disorder or any hereditary diseases? <i>Pernahkah ibu bapa atau adik-beradik anda menghadapi penyakit jantung, strok, darah tinggi, penyakit buah pinggang, kencing manis, kanser, gangguan mental atau sebarang penyakit keturunan?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

If answer to Question 4 is 'Yes', please provide the following details in the space below.
Jika jawapan kepada Soalan 4 adalah 'Ya', sila berikan butiran berikut di dalam ruangan di bawah.

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

Person A / Individu A		Person B / Individu B	

PART 2 (b) : HEALTH QUESTIONNAIRE / BAHAGIAN 2 (b) : SOALAN-SOALAN KESIHATAN

Person A: Person Covered / Individu A: Orang yang Dilindungi			Person A / Individu A	
Person B: Participant (if different from Person A) / Individu B: Peserta (sekiranya berlainan daripada Individu A)			Person B / Individu B	
			Yes / Ya	No / Tidak
1	Do you have or are you currently receiving medical treatment for any physical impairment, congenital abnormality or poor health? <i>Adakah atau pernahkah anda menerima sebarang rawatan perubatan untuk kecederaan fizikal, keilatan sejak dilahirkan atau tahap kesihatan yang lemah?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Have you ever suffered from or been told you have, and/or receiving medical treatment for : <i>Adakah anda menghidapi atau diberitahu menghidapi, dan/atau menerima sebarang rawatan untuk :</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a) Epilepsy, Febrile fits, paralysis, stroke, mental disorder, disease of the brain or nervous system? <i>Sawan, Febril fit, lumpuh, strok, gangguan mental, penyakit otak atau sistem saraf?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) High blood pressure, raised cholesterol, shortness of breath, chest pain, palpitation, heart attack, or other diseases of the heart or blood vessel? <i>Tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, sesak nafas, sakit dada, palpitasi, serangan penyakit jantung atau sebarang penyakit jantung atau saluran darah?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Tuberculosis, asthma, pneumonia, respiratory or lung disease? <i>Tibi, asma, pneumonia, gangguan pernafasan atau penyakit paru-paru?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Gastritis or peptic ulcer, hernias, disease of the stomach or intestine? <i>Gastritis atau ulser peptik, hernia, penyakit perut atau usus?</i>		<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>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f) Persistent sugar, blood or protein in urine, kidney stone or disease of the kidneys, disease of the genitourinary system? <i>Gula, darah atau protein yang persisten dalam air kencing, batu karang atau penyakit buah pinggang, lain-lain gangguan sistem genitourinari?</i>		<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>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h) Cancer, cyst, growth or tumour of any kind? <i>Kanser, sista, ketumbuhan atau sebarang tumor?</i>		<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>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	j) Sexually transmitted diseases? <i>Penyakit jangkitan seks?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	k) Enlarged lymph nodes, Rheumatic fever, severe skin disease, anemia, others blood disorders? <i>Pembesaran nodus limfa, demam reumatik, penyakit kulit yang teruk, anemia, sebarang gangguan darah lain?</i>		<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>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	m) Any other illnesses not mentioned above? <i>Sebarang penyakit lain yang tidak disebut di atas?</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Person A: Person Covered / Individu A: Orang yang Dilindungi Person B: Participant (if different from Person A) / Individu B: Peserta (sekiranya berlainan daripada Individu A)		Person A / Individu A		Person B / Individu B	
		Yes / Ya	No / Tidak	Yes / Ya	No / Tidak
3	a) Have you had any diagnostic tests done such as X-ray, electrocardiogram (ECG), blood test, biopsy or others within the past 5 years? 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 atau lain-lain dalam tempoh 5 tahun yang lalu? Jika 'Ya', sila nyatakan tarikh, keputusan dan sebab menjalani ujian tersebut.</i>	<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 keilatan yang berlanjutan atau memerlukan rawatan lebih daripada 7 hari atau dimasukkan ke hospital atau tempat yang dilengkapi kemudahan perubatan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	a) Have you or your spouse received or 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 menerima atau dijangka akan menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan yang berkaitan dengan jangkitan HIV, ujian darah antibodi terhadap HIV, AIDS atau sebarang penyakit berkaitan dengan AIDS?</i>	<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, diarrhea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions? <i>Pernahkah anda pada bila-bila masa dalam tiga (3) bulan lepas mengalami simptom letih berterusan dan tidak dapat dijelaskan, penurunan berat badan, cirit-birit, pembesaran nodus limfa atau perlepuhan kulit yang luar biasa?</i>	<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>	Height / Ketinggian		cm	
		Weight / Berat Badan		kg	
6	Have you smoked tobacco, nicotine or any other substance listed below in the last 12 months? <i>Pernahkah anda merokok tembakau, nikotin atau bahan-bahan lain seumpamanya yang disenaraikan di bawah dalam tempoh 12 bulan yang lepas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	a) Cigarettes / Rokok If 'Yes', please complete the following / Jika 'Ya', sila isikan yang berikut: No. of cigarettes per day / Bilangan rokok sehari Total years of smoking / Jumlah tahun merokok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Cigars / Cerut If 'Yes', please complete the following / Jika 'Ya', sila isikan yang berikut: No. of cigars per day / Bilangan cerut sehari Total years of smoking / Jumlah tahun merokok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) E-cigarettes / E-rokok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Other tobacco / Tembakau lain If 'Yes', please complete the following / Jika 'Ya', sila isikan yang berikut: How many grams of tobacco per day / Berapakah jumlah gram pengambilan tembakau sehari Total years of smoking / Jumlah tahun merokok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e) Other nicotine replacement products / Produk pengganti nikotin lain If 'Yes', please state the product used or being used. / Jika 'Ya', sila nyatakan produk yang digunakan atau sedang diguna. Product / Produk: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Have you been diagnosed or tested positive for Coronavirus / COVID-19 within the last 6 months? <i>Adakah anda didiagnosis atau diuji positif untuk Coronavirus / COVID-19 dalam tempoh 6 bulan yang lepas?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	FEMALE WITH AGE 16 AND ABOVE / PEREMPUAN BERUMUR 16 TAHUN DAN KE ATAS a) Are you pregnant? If 'Yes', how many month(s)? <i>Adakah anda hamil? Jika Ya, berapa bulan?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Months / Bulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CHILD BELOW 2 YEARS OF AGE ONLY / KANAK-KANAK BERUMUR DI BAWAH 2 TAHUN SAHAJA a) Is the child born premature (gestational age less than 37 weeks)? If 'Yes', please answer (b) to (d). <i>Adakah kanak-kanak lahir tidak cukup bulan (usia kandungan kurang daripada 37 minggu)? Jika 'Ya', sila jawab (b) hingga (d).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) What was the birth weight? <i>Berapakah berat ketika lahir?</i>	kg		kg	
	c) Duration of hospital stay after birth? <i>Tempoh tinggal di hospital selepas dilahirkan?</i>	Days / Hari		Days / Hari	
	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 keilatan fizikal?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If any of the answers to questions 1 to 4, 7, 8(b) or 9(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, 8(b) atau 9(d) adalah 'Ya', sila tandakan nombor soalan dan berikan butiran lanjut di dalam ruang yang disediakan dengan merujuk petunjuk di bawah; jika berkenaan.

- | | | |
|---|--|--|
| (i) Question number
<i>Nombor soalan</i> | (iii) Nature of tests done, date, results and reason
<i>Jenis ujian, tarikh, keputusan dan sebab</i> | (v) Name and address of attending doctor/clinics or hospital
<i>Nama dan alamat doktor/klinik atau hospital</i> |
| (ii) Type of illness
<i>Jenis penyakit</i> | (iv) Duration and severity of illness/injury and date of last follow up
<i>Jangkamasa dan tahap kecederaan/penyakit dan tarikh rawatan susulan terakhir</i> | (vi) Current condition
<i>Keadaan semasa</i> |

Person A / Individu A	Person B / Individu B

