



TAKAFUL IKHLAS SDN. BHD. (593075 U)
 IKHLAS Point, Tower 11A, Avenue 5,
 Bangsar South, No. 8, Jalan Kerinchi, 59200 Kuala Lumpur
 tel: 03-2723 9999 fax: 03-2723 9998 call centre: 03-2723 9696
 website : www.takaful-ikhlas.com.my

(A subsidiary of MNRB Holdings Berhad)

**BORANG PENGISYTIHARAN KESIHATAN
 HEALTH DECLARATION FORM**

BAHAGIAN A : BUTIR-BUTIR PESERTA / PEMILIK SIJIL / DETAILS OF PARTICIPANT / CERTIFICATE OWNER

No. Sijil <i>Certificate No.</i>	<input type="text"/>	<i>Jenis Permohonan / Type of Application :</i>
Nama Peserta <i>Participant's Name</i>	<input type="text"/>	Penguatkuasaan Semula / <i>Reinstatement</i> <input type="checkbox"/>
Nama Pemilik Sijil <i>Certificate Owner's Name</i>	<input type="text"/>	Penambahan Rider / <i>Addition of Riders</i> <input type="checkbox"/>
		Penambahan Caruman / <i>Increase in Contribution</i> <input type="checkbox"/>
		Perubahan Pelan / <i>Change in Plan</i> <input type="checkbox"/>

**BAHAGIAN B : SOALAN UNTUK PESERTA DEWASA / PEMILIK SIJIL (Jika jawapan 'YA', sila penuhkan Bahagian D di mukasurat sebelah)
 QUESTION CONCERNING ADULT PARTICIPANT / CERTIFICATE OWNER (If answer is 'YES', please complete Part D on the reverse side)**

<p>1. Pekerjaan sekarang & tugas harian <i>Present occupation & daily duties</i> _____</p> <p>2. Berapakah perlindungan yang masih berkuatkuasa atas hayat anda? <i>How much coverage is inforce on your life? RM</i> _____</p> <p>3. Tinggi : _____ Berat : _____ <i>Height : _____ cm Weight : _____ kg</i></p> <p>4. Adakah permohonan Takaful keluarga / insurans hayat anda pernah ditolak, ditangguhkan, diubahsuai atau masih lagi tergantung? <i>Have your application for any family Takaful / life insurance been declined, postponed, modified or is now pending?</i></p> <p>5. Adakah anda sekarang terlibat atau melibatkan diri di dalam jenis sukan atau hobi yang merbahaya? <i>Are you now engaged or do you contemplate to engage in any hazardous sports or hobbies?</i></p> <p>6. Adakah anda menjadi ahli/bekerja atau bercadang untuk menganggotai tentera darat, laut atau udara? <i>Are you a/an member/employee of or do you plan to join any military, naval or aviation organization?</i></p> <p>7. Pernahkah anda mengambil alkohol yang berlebihan atau mengambil dadah secara berterusan? <i>Have you ever taken alcohol excessively or used any narcotics stimulants?</i></p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>YA</td><td>TIDAK</td></tr> <tr><td>YES</td><td>NO</td></tr> <tr><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	YA	TIDAK	YES	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>8. Adakah anda pernah mendapat apa-apa penyakit, kecederaan atau dirawat oleh mana-mana doktor atau diarahkan membuat X-rays, ECG, ujian darah atau lain-lain ujian atau dimasukkan ke hospital semenjak dari tarikh permohonan Sijil ini? <i>Have you had any illness, injury or consulted any physician or been subjected to X-rays, ECG, blood tests or other tests or been hospitalised since the application date of this policy?</i></p> <p>9. Adakah mana-mana keluarga terdekat anda mendapat atau meninggal dunia disebabkan barah termasuk barah payudara, tuberculosis, kencing manis, hipertensi, strok, penyakit ginjal, sclerosis pelbagai, penyakit mental atau jantung atau yang berhubung-kait dengan AIDS? <i>Has any of your immediate family member ever had or died from cancer including breast cancer, tuberculosis, diabetes, hypertension, stroke, kidney disease, heart disease, multiple sclerosis, mental illness or any AIDS related illness?</i></p> <p>10. Adakah kesihatan anda dalam keadaan yang tidak memuaskan? <i>Is your health impaired in any way?</i></p> <p>11. (Pemohon Perempuan Sahaja) Adakah anda mengandung? Jika "Ya", berapa bulan? (Female Applicant Only) Are you pregnant? If "Yes", how many months?</p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>YA</td><td>TIDAK</td></tr> <tr><td>YES</td><td>NO</td></tr> <tr><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	YA	TIDAK	YES	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YA	TIDAK																										
YES	NO																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
YA	TIDAK																										
YES	NO																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										

**BAHAGIAN C : SOALAN UNTUK PESERTA KANAK-KANAK (Jika jawapan 'YA', sila penuhkan Bahagian D di mukasurat sebelah)
 QUESTION CONCERNING CHILD PARTICIPANT (If answer is 'YES', please complete Part D on the reverse side)**

<p>1. Berapakah perlindungan yang masih berkuatkuasa atas hayat anak? <i>How much coverage is inforce on child? RM</i> _____</p> <p>2. Tinggi : _____ Berat : _____ <i>Height : _____ cm Weight : _____ kg</i></p> <p>3. Adakah permohonan Takaful keluarga / insurans hayat untuk anak pernah ditolak, ditangguhkan, diubahsuai atau masih lagi tergantung? <i>Has the child's application for any family Takaful / life insurance been declined, postponed, modified or is now pending?</i></p> <p>4. Adakah anak mengidap apa-apa penyakit, kecederaan atau dirawat dalam tempoh 5 tahun lepas? <i>Has the child had any illness, injury or consulted any physician within the last five years?</i></p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>YA</td><td>TIDAK</td></tr> <tr><td>YES</td><td>NO</td></tr> <tr><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	YA	TIDAK	YES	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>5. Adakah ibu/bapa dan/atau adik-beradik anak mengidap tuberculosis, kencing manis, hipertensi, strok, penyakit ginjal, sclerosis pelbagai, penyakit mental atau jantung atau yang berhubung-kait dengan AIDS? <i>Has any of the child's parents, brothers, and/or sisters ever had tuberculosis, diabetes, hypertension, stroke, kidney disease, heart disease, multiple sclerosis, mental illness or any AIDS related illness?</i></p> <p>6. Adakah anak mempunyai apa-apa kecacatan fizikal atau tumbesaran terbantut atau kesihatan yang kurang memuaskan? <i>Does the child have any physical or development defects or health impairments?</i></p>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>YA</td><td>TIDAK</td></tr> <tr><td>YES</td><td>NO</td></tr> <tr><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	YA	TIDAK	YES	NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
YA	TIDAK																		
YES	NO																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
YA	TIDAK																		
YES	NO																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		

BAHAGIAN D : Sila penuhi Bahagian ini jika ada jawapan 'YA', di Bahagian B & C
Please complete this part if Part B & C is answered with "Yes"

PENYAKIT / ILLNESS

1. Penyakit apa? Sila nyatakan
What is the illness? Please describe _____
2. Berapa lama anda/anak telah mengalaminya? Tempoh
How long did you/child suffer from that illness? Duration

3. Adakah anda sekarang di dalam tempoh pengambilan ubat-ubatan atau rawatan atau seumpamanya?
Are you currently on medication or treatment or any kind?
4. Adakah anda sekarang telah bekerja sepenuh masa? Jika "Tidak", mengapa?
Are you now on a full time employment? If No, why?

5. Adakah anda telah sembuh sepenuhnya?
Have you fully recovered?

YA YES	TIDAK NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KEMALANGAN / KECEDEeraan

1. Jenis kemalangan? Sila nyatakan
What kind of accident? Please describe

2. Tarikh kemalangan?
Date of accident? _____
3. Bahagian badan manakah yang cedera? Jenis kecederaan?
 (contoh : patah, lebam, luka)
Which part of the body was injured? What type of injury? (e.g. fracture, bruise, cut etc...)

4. Adakah anda sekarang di dalam tempoh pengambilan ubat-ubatan atau rawatan atau seumpamanya?
Are you currently on medication or treatment or any kind?
5. Adakah anda telah sembuh sepenuhnya?
Have you fully recovered?

YA YES	TIDAK NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RAWATAN HOSPITAL / HOSPITALISATION

1. Sila nyatakan sebab dimasukkan ke hospital.
Please state the reason for hospitalisation

2. Tarikh masuk : _____ Tarikh Keluar : _____
Date admitted : _____ Date Discharged: _____
3. Nama hospital dan doktor yang merawat anda?
The name of hospital and the doctor who treated you?
 Hospital : _____
 Nama Doktor : _____
 Doctor's Name : _____

4. Adakah anda menjalani sebarang pembedahan?
Did you undergo any surgery?
 Jika "Ya", bila? / If "Yes". When? _____
 Apakah keputusannya? *What was the result?*

5. Adakah rawatan selanjutnya diperlukan?
Is there any follow up required?
 Jika "Ya", bila? / If "Yes", when is the next follow up?

6. Adakah anda sekarang telah bekerja sepenuh masa? Jika "Tidak", mengapa?
Are you now on a full time employment? If No, why?

YA YES	TIDAK NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LAIN-LAIN SIASATAN / OTHER INVESTIGATIONS

1. Sila namakan pemeriksaan / ujian yang dibuat dan tarikh ianya dibuat.
Please name the examination / test done and when it was done.

2. Sebab dan Keputusan / Reason and Result:

JIKA JAWAPAN SOALAN B(4) – B(10) & C(3) – C(6) ADALAH "Ya", SILA TERANGKAN DI BAWAH:
IF ANY ANSWER TO QUESTIONS B(4) – B(10) & C(3) – C(6) IS "Yes", PLEASE PROVIDE THE DETAILS BELOW:

PENGAKUAN / DECLARATION

SAYA DENGAN INI mengisytiharkan bahawa saya telah meneliti permohonan ini atau seumpamanya telah dirujuk kepada diri saya dan jawapan yang dinyatakan adalah kepunyaan saya. SAYA DENGAN INI MENGISYTIHARKAN bagi pihak diri saya, peserta, dan lain-lain orang yang mempunyai atau menuntut apa-apa kepentingan di dalam sijil ini, setiap dari jawapan di atas adalah dinyatakan dan betul, dan SAYA BERSETUJU bahawa ia akan, dengan Persetujuan ini, akan diambil sebagai asas untuk permohonan sijil, penguatkuasaan semula, perubahan atau penambahan lain-lain faedah/rider. SAYA SELANJUTNYA BERSETUJU bahawa pengisytiharan ini, proposal asal dan apa-apa sebelum atau pengisytiharan dahulu yang ditandatangani oleh saya bersama-sama dengan apa-apa jawapan yang mungkin akan atau telah dibuat kepada pengamal perubatan akan menjadi asas untuk penguatkuasaan semula, pindaan atau perubahan kontrak sijil antara diri saya, peserta kanak-kanak dan Syarikat. Dengan persetujuan dan pemahaman ini, bahawa apa-apa sahaja dinyatakan selepas ini yang mungkin akan bertentangan dengan kebenaran, maka penguatkuasaan semula, pindaan atau perubahan kontrak sijil akan mutlak menjadi tidak sah.

I HEREBY declare that I have read the application of the same was interpreted to me and the answers entered in the application are mine. I HEREBY CERTIFY on behalf of myself, the participant, and of any person who may have or claim any interest in said certificate, each of the above answers to be fully complete and true, and I AGREE that they shall, with the following Agreements, be taken as the basis of the proposed certificate, reinstatement, change or addition of other benefits/ rider. I FURTHER AGREE that this declaration, the original proposal and any previous or intervening declaration signed by me together with any answer I may make or have made to the medical examiner shall be basis of the reinstated, altered or varied policy contract between myself, the child participant and the Company. It is expressly agreed and understood that if anything is herein stated which is in anyway contrary to the truth then the reinstated, altered, or varied certificate contract shall be absolutely invalidated.

SAYA SETERUSNYA BERSETUJU bahawa apa-apa penguatkuasaan semula, pindaan atau perubahan tidak akan berkuatkuasa walau pun bayaran dibuat untuk tujuan tersebut, sehingga perkara tersebut telah diluluskan oleh Syarikat, dan di dalam kes penguatkuasaan semula, sijil akan berkuatkuasa dari tarikh penguatkuasaan semula. SAYA JUGA BERSETUJU bahawa peruntukan penyembunian fakta-fakta material akan berkuatkuasa dari tarikh penguatkuasaan semula.

I FURTHER AGREE that any reinstatement, alteration or variation shall not take effect irrespective of any moneys paid pursuant thereto, until the same have been approved by the Company, and in the case of reinstatement, shall have effect from such reinstatement date. I ALSO AGREE that non-disclosure of material facts provision shall have effect from the reinstatement date.

Ditandatangani di _____ pada _____ hb _____ 20
 Signed at _____ this _____ day of _____ 20 _____

Tandatangan Saksi / Signature of witness : _____

Nama / Name : _____

No. KP / I.C. No. : _____

Tandatangan Pemohon / Signature of Applicant