



TAKAFUL IKHLAS FAMILY BERHAD (200201025412)

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
 (Licensed under Islamic Financial Services Act 2013
 and regulated by Bank Negara Malaysia)

website : www.takaful-ikhlas.com.my

**BORANG PENGISYTIHARAN KESIHATAN
 HEALTH DECLARATION FORM**

Amaran: Sejalan dengan Akta Perkhidmatan Kewangan Islam 2013, anda harus mengambil perhatian yang munasabah untuk tidak membuat apa-apa salah nyataan ketika menjawab sebarang soalan di dalam borang ini atau dalam mana-mana permintaan oleh Takaful Ikhlas Family Berhad (selepas ini dirujuk sebagai Takaful IKHLAS) sebelum Sijil Takaful dikeluarkan, diubah atau diperbaharui / semula dan kewajipan ini akan diteruskan sehingga Sijil Takaful dikeluarkan, diubah atau diperbaharui / dikembalikan semula. Anda juga dikehendaki untuk mendedahkan kepada kami sebarang perkara yang diketahui atau patut tahu sebagai relevan kepada keputusan Takaful IKHLAS sama ada untuk menerima atau tidak risiko dengan kadar dan terma yang digunakan. Anda juga dikehendaki untuk menjalankan tugas penuh percaya dalam semua urusan anda dengan Takaful IKHLAS dan kegagalan untuk mematuhi kewajipan ini boleh menyebabkan pembayaran manfaat Takaful atau terma yang berbeza akan terpakai bagi Sijil Takaful bergantung kepada jenis salah nyataan.

Warning: Pursuant to the Islamic Financial Services Act 2013, you are to take reasonable care not to make any misrepresentation when answering any questions in this form or in any request by Takaful Ikhlas Family Berhad (hereinafter referred as Takaful IKHLAS) before a Takaful Certificate is issued, varied or renewed/reinstated and this duty shall continue until the Takaful Certificate is issued, varied or renewed/reinstated. You shall also require to disclose to us any matter that you know or ought to know to be relevant to the decision of Takaful IKHLAS on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied. You are also required to exercise the duty of utmost good faith in all your dealings with Takaful IKHLAS and failure to observe this duty may result in non-payment of Takaful benefits or different terms may be applicable to the Takaful Certificate depending on the type of misrepresentation.

BAHAGIAN A : BUTIR-BUTIR ORANG YANG DILINDUNGI / PESERTA / PART A : DETAILS OF PERSON COVERED / PARTICIPANT

No. Sijil Certificate No.	<input type="text"/>	Jenis Permohonan / Type of Application: Penguatkuasaan Semula Permohonan / Reinstatement of Proposal <input type="checkbox"/> Penguatkuasaan Semula Sijil / Reinstatement of Certificate <input type="checkbox"/> Penambahan Rider / Addition of Riders <input type="checkbox"/> Penambahan Caruman / Increase in Contribution <input type="checkbox"/>
Nama Orang Yang Dilindungi Person Covered's Name	<input type="text"/>	
Nama Peserta Participant's Name	<input type="text"/>	

**BAHAGIAN B : BUTIRAN KESIHATAN DAN GAYA HIDUP DAN PENILAIAN RISIKO
 PART B : HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE AND ASSESSMENT INFORMATION**

INDIVIDU A - ORANG YANG DILINDUNGI / PERSON COVERED INDIVIDU B - PESERTA / PARTICIPANT	INDIVIDU A	INDIVIDU B
1. Tinggi / Height : Berat / Weight :	_____cm _____kg	_____cm _____kg
2. Tarikh Lahir : Date of Birth :	_____ (dd/mm/yyyy)	_____ (dd/mm/yyyy)
3. Pekerjaan sekarang & tugas harian Present occupation & daily duties		
4. Pendapatan bulanan Monthly income	(RM) _____	(RM) _____
5. Nama & Alamat Majikan Employer's Name & Address		
INDIVIDU A - ORANG YANG DILINDUNGI / PERSON COVERED INDIVIDU B - PESERTA / PARTICIPANT	INDIVIDU A	INDIVIDU B
	YA YES	TIDAK NO
	YA YES	TIDAK NO
6. Pernahkah anda merokok dalam tempoh 12 bulan yang lepas? Jika "YA", purata kegunaan sehari, nyatakan bilangan batang rokok/curut sehari. Have you ever smoked in the last 12 months? If "YES", average daily use, indicate the number of sticks of cigarette/cigar per day.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Adakah anda minum minuman beralkohol? Jika "YA", nyatakan purata pengambilan seminggu. Do you consume alcoholic drinks? If "YES", state average weekly consumption.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Adakah anda pernah dirawat atau menerima kaunseling untuk ketagihan alcohol? Jika "YA", sila berikan butir-butir di Bahagian C. Have you been treated or received counselling for alcohol addiction? If "YES", please provide details in Part C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. a. Pernahkah anda mengambil atau pada masa ini sedang mengambil sebarang dadah atau narkotik selain dari yang sah dipreskripsi oleh doktor? Have you ever taken or do you now take any drugs or narcotics, other than those validly prescribed by doctors?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BAHAGIAN B : BUTIRAN KESIHATAN DAN GAYA HIDUP / PART B : HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE

INDIVIDU A - ORANG YANG DILINDUNGI / PERSON COVERED INDIVIDU B - PESERTA / PARTICIPANT	INDIVIDU A		INDIVIDU B	
	YA YES	TIDAK NO	YA YES	TIDAK NO
b. Adakah anda pernah dirawat atau menerima kaunseling untuk ketagihan dadah? Jika "YA" sila berikan butiran _____ <i>Have you ever been treated or received counselling for drug addiction? If "YES", please provide details :</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Adakah anda kini sedang menerima rawatan perubatan dan/atau menderita sebarang kecacatan fizikal atau kelemahan, kongenital tidak normal? <i>Are you currently receiving medical treatment and/or suffering from physical impairment or infirmity, congenital abnormality?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Adakah anda terlibat dalam atau bercadang untuk menyertai penerbangan (selain daripada sebagai penumpang yang berbayar di laluan udara yang dijadualkan), selam skuba, mendaki gunung, terjunan bebas, terjun udara, perlumbaan permotoran atau sebarang sukan, pekerjaan atau kegiatan berbahaya lain? Jika "YA", sila berikan butir-butir di Bahagian C. <i>Have you engaged in or intend to engage in flying (other than as a fare-paying passenger on a scheduled air route), scuba diving, mountain/rock climbing, free fall parachuting, sky diving, motor racing or any other hazardous sports, occupation or pursuits? If "YES", please provide details in Part C.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pernahkah anda dinasihatkan / dirujuk atau bercadang untuk menjalani apa-apa ujian / pemeriksaan termasuk, tetapi tidak terhad kepada, angiogram, ekokardiogram, elektrokardiogram, sinar-X, ultrasound, imbasan CT / MRI, ujian darah atau air kencing, biopsi? <i>Have you ever had or been advised/referred or intend to undergo any investigations/screening test including but not limited to angiogram, echocardiogram, electrocardiogram, X-ray, ultrasound, CT/MRI scan, blood or urine test, biopsy?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Adakah anda sedang mempertimbangkan atau menerima rawatan perubatan atau di bawah rawatan perubatan dalam sebarang bentuk; atau pernah mempunyai apa-apa penyakit / kecederaan atau hilang upaya yang berkekalan atau yang memerlukan rawatan atau ketidakhadiran kerja selama lebih daripada tujuh (7) hari; atau dinasihatkan atau disebut atau dimasukkan ke hospital atau kemudahan perubatan atau pakar? <i>Are you currently considering or receiving medical treatment or under medical care of any kind; or ever had any illness/injury or disability lasting or requiring treatment or absence from work for more than seven (7) days; or been advised or referred to or admitted to a hospital or medical facility or specialist?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Adakah anda kini mempunyai, atau pernah pada masa lalu, apa-apa gejala, atau aduan, atau siasatan, atau rawatan, atau menerima nasihat untuk: <i>Do you currently have, or ever had in the past, any symptoms, or complaints, or investigation, or treatment, or receiving advice for:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Sawan, kebas, kekebasan anggota badan dan muka, luar kawal/ kelemahan anggota badan, tinnitus, pening atau sakit kepala yang berulang, migrain, pengan, sclerosis berperingkat, lumpuh, penyakit psikiatri, gangguan mental atau saraf (termasuk keadaan kebimbangan / tekanan, kemurungan, serangan panik, keletihan kronik atau percubaan membunuh diri), penyakit Parkinson / Alzheimer, demensia atau lain-lain keabnormalan otak? <i>Fits, epilepsy, numbness, tinglings of limb and face, involuntary shaking, weakness of limb, tinnitus, recurrent dizziness or headaches, migraines, fainting, multiple sclerosis, paralysis, psychiatric illnesses, mental or nervous disorder (including anxiety/stress state, depression, panic attacks, chronic fatigue or attempts of suicide), Parkinson's/Alzheimer's disease, dementia or any abnormalities of the brain?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Asma, batuk kering, radang bronkitis, radang paru-paru, serak berterusan atau batuk, sesak nafas atau batuk darah, apnea tidur atau paru-paru yang lain atau gangguan pernafasan / penyakit? <i>Asthma, pleurisy, tuberculosis, bronchitis, pneumonia, persistent hoarseness or cough, shortness of breath or coughing of blood; sleep apnea or other lung or respiratory disorder/disease?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sakit dada, ketidakselesaan atau sesak; berdebar-debar, serangan jantung, tekanan darah tinggi, strok, demam reumatik, gangguan injap jantung, murmur jantung, tahap kolesterol yang tinggi; atau sebarang penyakit atau gangguan jantung atau saluran darah? <i>Chest pains, discomfort or tightness; palpitations, heart attack, high blood pressure, stroke, rheumatic fever; heart valve disorder, heart murmur; raised cholesterol; or any disease or disorder of the heart or blood vessels?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Penyakit kuning, pembawa Hepatitis B atau C; gastrik, perut atau ulser duodenum atau mana-mana penyakit dalam perut, usus, hati, pundi hempedu, pankreas atau penyakit-penyakit lain atau gangguan sistem penghadaman? <i>Jaundice, carrier of Hepatitis B or C; gastritis, stomach or duodenal ulcer or any disorder of the stomach, intestines, liver, gallbladder, pancreas or other diseases or disorder of the digestive system?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BAHAGIAN B : BUTIRAN KESIHATAN DAN GAYA HIDUP / PART B : HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE

INDIVIDU A - ORANG YANG DILINDUNGI / PERSON COVERED INDIVIDU B - PESERTA / PARTICIPANT	INDIVIDU A		INDIVIDU B	
	YA YES	TIDAK NO	YA YES	TIDAK NO
e. Keabnormalan dalam air kencing (contohnya kehadiran gula, darah atau protein), batu di saluran kencing atau jangkitan, masalah lemah kawalan kencing; kolik buah pinggang atau sebarang penyakit atau gangguan sistem kencing termasuk buah pinggang, pundi kencing; prostat atau organ pembiakan. <i>Abnormalities in the urine (e.g. presence of sugar, blood or protein), urinary stone or infection, urinary incontinence ; renal colic or any disease disorder of the urinary system including kidney, bladder; prostate or reproductive organ</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kanser (termasuk leukemia, limfoma, melanoma), ketumbuhan, pertumbuhan, sista, kelenjar bengkak atau jangkitan kulit; Sistemik Lupus Erythematosus (SLE), penyakit Kawasaki atau gangguan lain sistem imun? <i>Cancer (including leukaemia, lymphoma, melanoma), tumour, growth, cyst, enlarged glands or skin infections; Systemic Lupus Erythematosus (SLE), Kawasaki disease or any other disorder of the immune system?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Apa-apa masalah berkaitan mata, telinga, tekak dan hidung contohnya penglihatan terjejas, pendengaran atau pertuturan atau penyakit lain atau gangguan pada mata, telinga, hidung, mulut atau tekak atau esofagus. <i>Any complication of the eyes, ears, throat or nose e.g. impaired sight, hearing or speech or other disease or disorder of the eyes, ears, nose, mouth or throat or oesophagus.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Sebarang penyakit kelamin berjangkit - gonorea, sifilis, kanker atau lain-lain luka termasuk luka atau lelehan di alat kelamin? <i>Any venereal diseases - gonorrhoea, syphilis, chancre or other sores including genital sores or discharges?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Penyakit sendi, artritis, osteoporosis, retak, gout atau gangguan otot, kulit atau lain-lain tisu lembut, tulang, leher, tulang belakang, belakang atau sendi; whiplash, sciatica, kecacatan, Kepincangan atau pematangan? <i>Rheumatism, arthritis, osteoporosis, fracture, gout or disorder of the muscles, skin or other soft tissues, bones, neck, spine, back or joints; whiplash, sciatica, deformity, lameness or amputation?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Anemia, talasemia, hemofilia atau penyakit lain atau gangguan pada darah? <i>Anaemia, thalassaemia, haemophilia or other disease or disorder of the blood?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kencing manis, gula tidak normal darah, goiter, gangguan tiroid atau lain-lain masalah / gangguan penyakit endokrin? <i>Diabetes, abnormal blood sugar, goitre, thyroid disorder or other endocrine disease or disorder?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Sebarang penyakit lain, masalah / gangguan, hilang upaya, kemalangan atau dimasukkan ke hospital atau sebarang pembedahan atau pemerhatian atau rawatan yang bukan menjadi rutin kebiasaan yang tidak disebutkan di atas? <i>Any other illness, disease, disorder, disability, accident or hospitalisation or any surgical operation or observation or treatment not of a routine nature that has not been mentioned above?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Adakah anda sedang mengalami mana-mana gejala-gejala atau aduan yang anda tidak berunding dengan doktor? <i>Are you currently experiencing any symptoms or complaints which you have not consulted a doctor?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. a. Adakah anda atau pasangan / pasangan anda pernah diuji untuk memberitahu untuk mempunyai, menerima atau dijangka akan menerima nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan yang berkaitan dengan HIV, AIDS, AIDS kompleks berkaitan apa-apa syarat lain yang berkaitan dengan AIDS? <i>Have you or your spouse/partner ever been tested for, told to have, received or expect to receive medical advice, counselling or treatment in connection with HIV, AIDS, AIDS related complex or any other AIDS related condition?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Adakah apa-apa dalam gaya hidup anda yang menambahkan risiko anda dijangkiti AIDS atau keadaan yang berkaitan AIDS? <i>Is there anything in your lifestyle that puts you at an increased risk of AIDS or an AIDS related condition?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Adakah anda atau pasangan anda dalam masa 3 bulan yang lepas mengalami gejala-gejala seperti berikut lebih dari satu minggu secara berterusan: sakit berulang yang tidak dapat dijelaskan, demam atau keletihan yang berterusan, penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, nodus limfa yang membesar, cirit-birit yang kronik dan berulang, luka-luka kulit yang luar biasa? <i>Have you or your spouse/partner at any time in the past 3 months, had any of the following symptoms for more than one week continuously: unexplained recurrent or persistent fever or fatigue, unexplained weight loss, enlarged lymph nodes, chronic or recurrent diarrhea, unusual skin lesions?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Pernahkah anda atau pasangan anda, dalam tempoh tiga (3) tahun terakhir ini, tinggal secara berterusan untuk lebih dari satu (1) bulan di mana-mana negara lain selain dari Malaysia? <i>Have you or your spouse in the last three (3) years resided for more than one (1) continuous month in any country other than Malaysia?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BAHAGIAN B : BUTIRAN KESIHATAN DAN GAYA HIDUP / PART B : HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE	INDIVIDU A		INDIVIDU B	

INDIVIDU A - ORANG YANG DILINDUNGI / PERSON COVERED INDIVIDU B - PESERTA / PARTICIPANT	YA YES	TIDAK NO	YA YES	TIDAK NO
e. Adakah anda bercadang untuk tinggal di luar Malaysia bagi tujuan selain daripada melancong dalam tempoh tiga (3) bulan terdekat? Jika "YA", sila nyatakan negara dan tujuan anda tinggal di negara tersebut. <i>Do you intend to reside outside Malaysia for purposes other than brief holiday trips in the next 3 months? If "YES", please state name of country and purpose of residence.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Adakah sebarang permohonan anda untuk Pelan Takaful, kesihatan, kemalangan, atau penyakit kritikal dibuat kepada pengendali ini atau mana-mana Pengendali Takaful atau syarikat insurans anda pernah ditolak, ditunda atau diterima dengan syarat tertentu? Jika "YA", sila kemukakan butir-butir di Bahagian C. <i>Has any of your proposal for takaful, life, health, accident or critical illness insurance made to this operator or any Takaful Operator or insurance company ever been declined, deferred or accepted at special terms? If "YES", please provide details in Part C.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Adakah sesiapa dalam keluarga anda (hidup atau mati) pernah mengalami kanser, kencing manis, penyakit jantung, tekanan darah tinggi, strok, penyakit buah pinggang (termasuk penyakit buah pinggang polisistik), gangguan mental, hepatitis B, hepatitis C, / penyakit Alzheimer Parkinson atau apa-apa penyakit keturunan yang lain? Jika "YA", sila berikan butir-butir di Bahagian C. Saudara-mara (bapa, ibu, abang, kakak dan lain-lain); Keadaan / Penyakit; Usia pada permulaan (lebih kurang); Usia Kematian (jika ada). <i>Has anyone in your family (living or dead) ever suffered from cancer, diabetes, heart disease, high blood pressure, stroke, kidney disease (including polycystic kidney disease), mental disorder, hepatitis B, hepatitis C, Alzheimer's / Parkinson's disease or any other hereditary disease? If "YES", please provide details in Part C. Relatives (father, mother, brothers, sisters etc) ; Condition/llness ; Age at onset (approx) ; Age at Death (if any)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Adakah anda bercadang untuk menyerahkan atau menamatkan apa-apa sijil takaful anda yang sedia ada atau polisi insurans hayat dengan permohonan cadangan baru ini, walaupun anda mungkin tidak menerima apa-apa pulangan di bawah dasar-dasar ini atau pulangan mungkin kurang daripada jumlah premium yang dibayar? Jika "YA", sila berikan butir-butir di Bahagian C. <i>Do you intend to surrender or terminate any of your existing takaful certificates or life insurance policies with the application of this new proposal, although you may not receive any returns under these policies or the returns may be lesser than the total amount of premiums paid? If "YES", please provide details in Part C.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Adakah Wakil Takaful Ikhlas dalam apa jua cara mempengaruhi anda untuk menyerahkan atau menamatkan mana-mana polisi yang sedia ada atau sijil takaful? Jika Ya, sila berikan komen atau kepuasan anda penjelasan yang diberikan oleh Wakil Takaful Ikhlas di Bahagian C. <i>Has Takaful Ikhlas Representative in any way influenced you to surrender or terminate any of your existing policies or takaful certificates? If Yes, please comment on your satisfaction of explanation given by the Takaful Ikhlas Representative in Part C.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. a. UNTUK WANITA SAHAJA - Adakah anda mengandungsekarang? Jika <input type="checkbox"/> Bulan "Ya", berapa bulan? Months FOR FEMALE ONLY - Are you now pregnant? If "Yes", how many months?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Adakah anda mempunyai sebarang komplikasi semasa mengandung atau melahirkan anak (contohnya kencing manis semasa mengandung, tekanan darah tinggi semasa mengandung, pre-eclampsia/eclampsia, kehamilan ektopik, kelahiran mati, keguguran, pembekuan intravaskular, placenta abruptio, atau embolisme cecair amniotik dan lain-lain)? <i>Have you had any complications during pregnancy or childbirth (e.g. gestational diabetes, gestational hypertension, pre-eclampsia/eclampsia, ectopic pregnancy, stillbirth, miscarriage, disseminated intravascular coagulation, abruptio placenta, or amniotic fluid embolism etc.)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Adakah anda mempunyai sebarang penyakit atau gangguan pada payudara, serviks rahim atau ovari, termasuk ketulan di payudara, sista payudara atau ovari, carcinoma-in-situ, fibroid, polip, pendarahan selepas persetubuhan, kanser atau ketumbuhan? <i>Have you had any disease or disorder of the breast, cervix uteri, uterus or ovaries including breast lump, breast or ovarian cyst, carcinoma-in-situ, fibroid, polyp, post-coital bleeding, cancer or growth?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Adakah anda pernah menjalani ujian Pap Smear, mamogram, biopsi, ujian ultra bunyi payudara atau pelvis, biopsi kon atau kolposkopi atau mana-mana siasatan sakit puan lain yang didapati tidak normal, atau anda dinasihatkan untuk mengulanginya dalam masa 6 bulan? Jika "YA", sila kepilkan salinan laporan makmal. <i>Have you ever had a Pap Smear, mammogram, biopsy, ultrasound of the breast or pelvis, cone biopsy or colposcopy or any other gynaecological investigations which was found to be abnormal, or you were advised to repeat within 6 months? If "YES", please submit a copy of the laboratory report.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BAHAGIAN B : BUTIRAN KESIHATAN DAN GAYA HIDUP / PART B : HEALTH DETAILS AND LIFESTYLE

INDIVIDU A - ORANG YANG DILINDUNGI / PERSON COVERED INDIVIDU B - PESERTA / PARTICIPANT	INDIVIDU A		INDIVIDU B	
	YA YES	TIDAK NO	YA YES	TIDAK NO
21. Adakah terdapat mana-mana keadaan lain yang tidak dinyatakan di dalam Borang Cadangan ini yang boleh menyebabkan perlindungan ke atas diri anda dianggap melebihi tahap bahaya yang luar biasa? Jika anda sangsi sama ada sesuatu keadaan itu bahaya melebihi tahap yang biasa, keadaan tersebut hendaklah dinyatakan. <i>Are there any other circumstances not already disclosed elsewhere in this Proposal Form that would render a coverage on you more hazardous than usual? If you are in doubt on whether certain circumstances are more than usually hazardous, these circumstances should be disclosed.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. a. UNTUK ANAK (Sehingga umur 2 tahun) SAHAJA / FOR CHILD (Up to 2 years old) ONLY Adakah anak dilahirkan pramatang/kurang daripada 37 minggu? Jika "YA", sila nyatakan tempoh kehamilan dan berat anak semasa lahir. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> minggu weeks <i>Was the child born premature/less than 37 weeks of age? If "YES", please state gestational period and child's birth weight.</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Adakah anak pernah mengalami atau diberitahu akan mengalami atau pernah mengalami atau sedang mengalami sebarang gangguan kongenital atau kecacatan semasa kehamilan, abnormal, komplikasi residual, kerosakan atau kecacatan fizikal atau mental termasuk tetapi tidak terhad kepada kekurangan G6PD, TSH abnormal, penyakit sawan, jaundis neonatal berterusan yang memerlukan kemasukan hospital, sindrom distress respirasi, dan lain-lain? <i>Has the child ever suffered from, or been told to be suffering or have suffered from or currently suffering from any congenital disorder or birth defects, abnormality, residual complications, impairment or physical or mental defects including but not limited to G6PD deficiency, abnormal TSH, epileptic fits, prolonged neonatal jaundice requiring hospitalization, respiratory distress syndrome, etc?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Adakah anda mempunyai seorang doktor biasa? Jika ya, sila berikan nama dan alamat doktor, tarikh dan sebab terakhir rawatan: <i>Do you have a usual doctor? If yes, please provide name and address of the doctor, date and reason for last consultation:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ORANG YANG DILINDUNGI / PERSON COVERED	PESERTA / PARTICIPANT

BAHAGIAN C : Jika anda menjawab "YA" kepada mana-mana soalan 6 hingga 22, sila berikan butir-butir yang lengkap di kotak yang disediakan berdasarkan kriteria seperti di bawah. [Jika kekurangan ruang, sila tuliskan di "Lampiran Tambahan", tandatangani dan lampirkannya bersama Borang Pengisytiharan Kesihatan ini].

PART C : If you answer "YES" to any of questions 6 to 22, please provide full details in respective column as per criteria given below. [If insufficient space, please write on a "Supplementary Sheet", sign and attach it to this Health Declaration Form].

	ORANG YANG DILINDUNGI / PERSON COVERED	PESERTA / PARTICIPANT
i) Nombor soalan <i>Question number</i>		
ii) Jenis penyakit dan tarikh bermula <i>Type of illness and date of onset</i>		
iii) Jangkamasa dan tahap penyakit/kecederaan dan tarikh sembuh sebagaimana sesuai <i>Duration and severity of illness/injury and date of recovery as appropriate</i>		
iv) Keadaan semasa <i>Current condition</i>		

BAHAGIAN C : Jika anda menjawab "YA" kepada mana-mana soalan 6 hingga 22, sila berikan butir-butir yang lengkap di kotak yang disediakan berdasarkan kriteria seperti di bawah. [Jika kekurangan ruang, sila tuliskan di "Lampiran Tambahan", tandatangani dan lampirkannya bersama Borang Pengisytiharan Kesihatan ini].

PART C : If you answer "YES" to any of questions 6 to 22, please provide full details in respective column as per criteria given below. [If insufficient space, please write on a "Supplementary Sheet", sign and attach it to this Health Declaration Form].

	ORANG YANG DILINDUNGI / PERSON COVERED	PESERTA / PARTICIPANT
v) Adakah anda sekarang di dalam tempoh pengambilan ubat-ubatan atau rawatan atau seumpamanya? <i>Are you currently on medication or treatment or any kind?</i>		
vi) Adakah anda telah sembuh sepenuhnya? <i>Have you fully recovered?</i>		
vii) Jenis ujian dijalankan, tarikh, keputusan dan sebab bagi ujian <i>Nature of test done, date, results and reasons for tests</i>		
viii) Nama hospital dan doktor yang merawat anda <i>Name and address of the treating doctor</i>		
ix) Lain-lain <i>Others</i>		

BAHAGIAN D : PENGAKUAN / PART D : DECLARATION

1. Saya/Kami dengan ini mengisytiharkan bahawa saya/kami telah meneliti permohonan ini atau seumpamanya telah dirujuk kepada diri saya/kami dan jawapan yang dinyatakan adalah kepunyaan saya/kami. Saya/Kami DENGAN INI MENGISYTIHARKAN bagi pihak diri saya, Orang Yang Dilindungi dan lain-lain orang yang mempunyai atau menuntut apa-apa kepentingan di dalam Sijil Takaful ini, setiap dari jawapan di atas adalah dinyatakan dan betul, dan Saya/Kami BERSETUJU bahawa ia akan, dengan Persetujuan ini, diambil sebagai asas untuk permohonan Sijil Takaful, penguatkuasaan semula, perubahan atau penambahan lain-lain faedah/rider. Saya/Kami SELANJUTNYA BERSETUJU bahawa pengisytiharan ini, permohonan asal dan apa-apa sebelum atau pengisytiharan dahulu yang ditandatangani oleh saya/kami bersama-sama dengan apa-apa jawapan yang mungkin akan atau telah dibuat kepada pengamal perubatan akan menjadi asas untuk penguatkuasaan semula, pindaan atau perubahan Sijil Takaful antara diri saya, Orang Yang Dilindungi dan Takaful IKHLAS. Dengan ini adalah dipersetujui dan difahami bahawa jika terdapatnya pernyataan yang dinyatakan di sini dilihat bertentangan dengan kebenaran dalam sebarang cara, maka penguatkuasaan semula, perubahan, perbezaan Sijil Takaful mungkin akan dibatalkan.

I/We hereby declare that I have read the application of the same was interpreted to me/us and the answers entered in the application are mine/ours. I HEREBY CERTIFY on behalf of myself, the Person Covered, and of any person who may have or claim any interest in said Takaful Certificate, each of the above answers to be fully complete and true, and I/We AGREE that they shall, with the following Agreements, be taken as the basis of the proposed Takaful Certificate, reinstatement, change or addition of other benefits/riders. I/We FURTHER AGREE that this declaration, the original proposal and any previous or intervening declaration signed by me/us together with any answer I/we may make or have made to the medical examiner shall be basis of the reinstated, altered or varied Takaful Certificate between myself, the Person Covered and Takaful IKHLAS. 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 Takaful Certificate maybe absolutely invalidated.

2. Saya/Kami 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 Takaful IKHLAS, dan di dalam kes penguatkuasaan semula, Sijil Takaful akan berkuatkuasa dari tarikh penguatkuasaan semula. Saya/Kami JUGA BERSETUJU bahawa peruntukan penyembunyian fakta-fakta material akan berkuatkuasa dari tarikh penguatkuasaan semula.

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

3. Saya/Kami mengaku bahawa saya/kami telah berhati-hati dalam menyediakan maklumat dan jawapan di dalam permohonan ini bersama-sama dengan apa-apa dokumen lain atau soal selidik dan/atau apa-apa maklumat tambahan akan diberikan kepada Takaful IKHLAS atau Pemeriksa Perubatan Takaful IKHLAS yang berkaitan dengan permohonan ini dan maklumat yang diberikan oleh saya/kami adalah lengkap, tepat dan benar sama ada ditulis oleh saya/kami atau bagi pihak saya dan tiada maklumat yang disembunyikan. Saya/Kami juga bersetuju bahawa jika terdapat salah nyataan di pihak saya /kami, Takaful IKHLAS boleh membatalkan Sijil Takaful (jika dikeluarkan) atau terma yang berbeza akan terpakai bagi Sijil Takaful (jika dikeluarkan) bergantung kepada jenis salah nyataan.

I/We declare that I/we have exercised reasonable care when providing the information and answers in this proposal together with any other documents or questionnaires and/or any additional information supplied to the Takaful IKHLAS or the Medical Examiner of Takaful IKHLAS in connection with this proposal and that information given by me/us are complete, accurate and true whether written by me/us or on my behalf and that no information has been withheld. I/ We also agree that if there is a misrepresentation of my/our part, the Takaful IKHLAS may void the Takaful Certificate (if issued) or different terms may be applicable to the Takaful Certificate (if issued) depending on the type of misrepresentation.

BAHAGIAN D : PENGAKUAN / PART D : DECLARATION

4. Saya/Kami seterusnya mengaku dalam mengisi, melengkapkan atau menjawab soalan-soalan berikut -
- (i) Saya/Kami memahami sepenuhnya soalan dan/atau soalan telah diterangkan secara jelas oleh pihak ejen;
 - (ii) Saya/Kami telah memberikan pihak agen tiada maklumat lain selain dalam bentuk bertulis dan semua jawapan di dalamnya adalah milik saya/kami sendiri;
 - (iii) Saya / Kami bersetuju untuk membayar Takaful IKHLAS semua perbelanjaan perubatan yang dikenakan sekiranya saya/kami bersetuju bahawa tidak akan meletakkan liabiliti ke atas Takaful IKHLAS sehingga Sumbangan Takaful yang pertama dibayar sepenuhnya dan Sijil Takaful dikeluarkan atau Sijil Takaful telah dikuatkuasakan semula. Saya/Kami seterusnya bersetuju bahawa sebelum pengeluaran Sijil Takaful atau penguatkuasaan semula Sijil Takaful, sekiranya terdapat sebarang perubahan dalam keadaan kesihatan dan situasi Orang Yang akan Dilindungi /Pencadang di antara tarikh borang ini dan pengeluaran Sijil Takaful mestilah disampaikan secara bertulis kepada Takaful IKHLAS.

I/We further declare that in filling up, completing or answering the questions in the form:-

- (i) *I/We fully understood the questions and/or the question have been explained to us clearly by your agent;*
- (ii) *I/We have given to your agent no other information except that which is written in there form and all the answers therein are my/our own;*
- (iii) *I/We agree to pay the Takaful IKHLAS all medical expenses incurred should I/We agree that there shall be no liability upon the Takaful IKHLAS until the first Takaful Contribution is paid in full and the Takaful Certificate issued or the Takaful Certificate has been reinstated. I/We further agree that prior to the issue of the Takaful Certificate should there be any change in the state of health and circumstances of the Person Covered/Proposer between the date of this form and issuance of the Takaful Certificate must be communicated in writing to Takaful IKHLAS.*

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

Tandatangan Peserta / *Signature of Participant*

Tandatangan Saksi / *Signature of witness*

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

Nama / *Name* : _____

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

Saya/Kami mengesahkan bahawa kepentingan boleh lindung Takaful ke atas diri Orang Yang Dilindungi dan membenarkan diri saya sebagai Orang Yang Dilindungi untuk Sijil Takaful yang bakal dikeluarkan ke atas diri saya:

I/We hereby declare that we have permissible Takaful interest in the life of the Person Covered and consent to be the Person Covered for the Takaful Certificate to be issued upon my life.

Tandatangan Orang Yang Dilindungi / *Signature of Person Covered*

Tandatangan Saksi / *Signature of witness*

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

Nama / *Name* : _____

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