

PENGISYTIHARAN KESIHATAN / HEALTH DECLARATION**Nota Penting / Important Notice**

* Jika Peserta dan Orang Yang Dilindungi adalah bukan orang yang sama, sila lengkapkan bahagian **A** dan **B**. Untuk Pasangan Pencarum, sila lengkapkan bahagian **C** / *If Participant and the Person Covered is not the same person, please complete part A and B. For payor spouse please complete part C*

	Bahagian A / Part A	Bahagian B / Part B	Bahagian C / Part C
Sila jawab soalan – soalan dibawah / Please answer the question below.	Peserta / Participant	Orang yang Dilindungi / Person Covered	Pasangan Pencarum / Payor's Spouse
1. Pekerjaan anda sekarang dan tugas harian <i>Present occupation and daily duties</i>			
2. a) Berapakah ketinggian anda sekarang <i>What is your current height</i> b) Berapakah berat anda sekarang <i>What is your current weight</i>	_____sm / cm _____kg / kg	_____sm / cm _____kg / kg	_____sm / cm _____kg / kg
3. Wanita sahaja: Adakah anda sedang hamil? <i>Female only: Are you now pregnant?</i> Jika Ya, nyatakan tarikh jangkaan bersalin / <i>If Yes, please state expected delivery date:</i> ____/____/____	Ya / Tidak / Yes / No / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya / Tidak / Yes / No / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya / Tidak / Yes / No / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Adakah anda atau mana-mana orang lain yang akan dilindungi terlibat dengan pekerjaan atau hobi yang berbahaya contohnya; perlumbaan motosikal, memanjat batu, terjun udara atau penerbangan (selain dari penumpang berbayar pesawat penerbangan komersial laluan berjadual tetap)? <i>Do you or any of persons to be covered engage in any hazardous occupation or hobbies for example; motor racing, rock climbing, skydiving or flying (other than as a fare paying passenger on commercial airlines on regular scheduled routes)?</i>	Ya / Tidak / Yes / No / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya / Tidak / Yes / No / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya / Tidak / Yes / No / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Pernahkah anda atau mana-mana orang lain yang akan dilindungi mengalami situasi di mana permohonan perubatan atau kemasukan wad ditangguhkan, ditambahkadar atau diubahsuai dan dikenakan syarat tambahan? <i>Have you or any of persons to be covered bee in a situation whereby medical or other hospitalisation applications were rejected, postponed, rated or modified and subject to additional terms?</i>	Ya / Tidak / Yes / No / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya / Tidak / Yes / No / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya / Tidak / Yes / No / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Pernahkah anda atau mana-mana orang lain yang akan dilindungi menghidap atau mengalami sebarang penyakit, kecederaan, menemui pakar atau dimasukkan ke hospital dalam tempoh 5 tahun ini? <i>Have you or any of persons to be covered suffered or sustained any illness of injury, consulted a physician or been hospitalised during the past 5 years?</i>	Ya / Tidak / Yes / No / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya / Tidak / Yes / No / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya / Tidak / Yes / No / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Adakah anda atau mana-mana orang lain yang akan dilindungi mempunyai sebarang penyakit atau kecederaan di mana ia tidak pulih sepenuhnya? <i>Do you or any of persons to be covered have any illness, disease or injury which have not totally recovered from?</i>	Ya / Tidak / Yes / No / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya / Tidak / Yes / No / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ya / Tidak / Yes / No / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>8. Pernahkah anda atau mana-mana orang lain yang akan dilindungi:</p> <p>Menderita atau mengalami kecacatan fizikal, keuzuran atau penyakit kongenital, pada masa ini sedang dalam pemerhatian atau menerima rawatan atau mengambil ubat, menjalani sebarang pembedahan atau mengalami sebarang penyakit atau kecederaan sejak 5 tahun lalu.</p> <p><i>Have you or any of persons to be covered:</i></p> <p><i>Suffered or have any physical defect, infirmity or congenital conditions, currently under observation or receiving treatment or taking any medication, undergone any surgical operation or suffered any disease or injury for the last 5 years.</i></p>	Ya / Yes <input type="checkbox"/>	Tidak / No <input type="checkbox"/>	Ya / Yes <input type="checkbox"/>	Tidak / No <input type="checkbox"/>	Ya / Yes <input type="checkbox"/>	Tidak / No <input type="checkbox"/>
<p>9. Pernahkah anda atau mana-mana orang lain yang akan dilindungi diberitahu yang dia mengalami atau pernah menerima rawatan mana - mana penyakit di bawah:</p> <p>Batuk kronik, ludah berdarah, asma, demam alergi, radang pleura, tibi atau sebarang penyakit sistem paru-paru, sesak nafas dan gangguan sistem pernafasan tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit jantung, sakit dada, serangan jantung, palpitasi atau gangguan jantung, gila babi, sawan, pening, gangguan mental atau saraf, kencing manis, kandungan gula atau darah dalam air kencing, penyakit buah pinggang, kolik atau hernia, penyakit mata atau telinga atau hidung atau tekak, artritis, skiatika, reumatisma, sakit belakang, tulang belakang, tulang, sendi, otot atau kulit, Ulser atau penyakit dalam perut, usus, buasir atau rektum, Batu pundi hempedu, atau penyakit hati atau sebarang jenis hepatitis, kanser, tumor atau sebarang ketumbuhan dalam mana-mana sistem organ, anemia, penyakit tiroid (seperti goiter) atau demam reumatik, penyakit yang berjangkit melalui seks seperti sifilis, gonorea atau urethritis yang tidak spesifik, AIDS atau penyakit berkaitan AIDS, atau sebarang sakit, penyakit atau kecederaan yang tidak disebut disini?</p> <p><i>Have you or any of persons to be covered ever been told that he/she had suffered from or had been treated for any of the following:</i></p> <p><i>Chronic cough, spitting of blood, asthma, hay fever, pleurisy, tuberculosis or any other disease of the respiratory of lung, shortness of breath and breathing system disorder, high or low blood pressure, heart disease, chest pain, heart attack, palpitation or heart disorder, epilepsy, fits, dizziness, mental or nervous disorder, diabetes, sugar or blood in urine, kidney disease, colic or hernia, disease of the eyes or ears or nose or throat, arthritis, sciatica, rheumatism, back pain, spine, bone, joint, muscle or skin disorder, ulcer or disorder of the stomach, intestines, haemorrhoids or rectal disorder, gall bladder stone or liver disease or any type of hepatitis, cancer, tumour or growth of any kind of any system, anaemia, thyroid disorder (such as goitre) or rheumatic fever, sexually transmitted diseases such as syphilis, gonorrhoea or non-specific urethritis, HIV, AIDS or AIDS related condition or any illness, disease or injury not mentioned herein?</i></p>	Ya / Yes <input type="checkbox"/>	Tidak / No <input type="checkbox"/>	Ya / Yes <input type="checkbox"/>	Tidak / No <input type="checkbox"/>	Ya / Yes <input type="checkbox"/>	Tidak / No <input type="checkbox"/>
<p>10. a) Jika jawapan untuk soalan 4 & 5 adalah "Ya", sila beri maklumat lanjut di bawah. <i>If the answer to question 4 & 5 is "Yes", please provide further information below.</i></p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/>						

10. b) Jika mana-mana jawapan untuk soalan-soalan di 6, 7, 8 & 9 adalah "Ya", sila beri keterangan di bawah dengan mencatatkan nombor soalan yang berkaitan dengannya.

If any of the answers is "Yes" to questions 6,7, 8 & 9, please give details below by stating number of question correspond to it.

i) No. Soalan / Question No.: _____

Nama / Name of Person (A): _____

Jenis dan Tarikh Hilang Upaya / Type and Date of Disability: _____

Status Semasa Hilang Upaya / Current Status of Disability: _____

Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan / Name and Address of Hospital and Physician:

ii) No. Soalan / Question No.: _____

Nama / Name of Person (B): _____

Jenis dan Tarikh Hilang Upaya / Type and Date of Disability: _____

Status Semasa Hilang Upaya / Current Status of Disability: _____

Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan / Name and Address of Hospital and Physician:

iii) No. Soalan / Question No.: _____

Nama / Name of Person (C): _____

Jenis dan Tarikh Hilang Upaya / Type and Date of Disability: _____

Status Semasa Hilang Upaya / Current Status of Disability: _____

Nama dan Alamat Hospital dan Pakar Perubatan / Name and Address of Hospital and Physician:

BAHAGIAN C - NOTIS AKTA PERLINDUNGAN DATA PERIBADI 2010 /
PART C - NOTICE PERSONAL DATA PROTECTION ACT 2010

Dengan Notis Privasi ini, kami ingin mendapatkan persetujuan anda untuk mengumpul, memproses, mengguna, berkongsi maklumat anda oleh dan untuk Zurich Takaful Malaysia Berhad.

By this Privacy Notice, we seek your consent on collection, processing, using, sharing of your information by and for Zurich Takaful Malaysia Berhad.

1. Dengan mendaftar untuk mana-mana produk yang ditawarkan oleh Zurich Takaful Malaysia Berhad ("Syarikat"), berinteraksi dengan kami dan menghantar maklumat anda kepada kami, anda telah bersetuju untuk mengumpul, memproses, mengguna dan mengongsi data peribadi termasuk data peribadi sensitif anda oleh dan untuk Zurich Takaful Malaysia Berhad. Maklumat peribadi pelanggan yang dikumpul atau di bawah jagaan Zurich Takaful Malaysia Berhad boleh digunakan oleh Syarikat bagi tujuan wajib berikut yang perlu dalam menyediakan perkhidmatan kepada pelanggan (jika tidak Syarikat tidak dapat menyediakan perkhidmatan kepada pelanggan yang gagal memberikan maklumat yang diperlukan) yang antara lain termasuk namun tidak terhad kepada:

By signing up for any product offered by Zurich Takaful Malaysia Berhad ("the Company"), interacting with us and submitting your information to us, you have consented on collection, processing, using, sharing of your personal data including your sensitive personal data by and for Zurich Takaful Malaysia Berhad. The personal information of customers collected or held by Zurich Takaful Malaysia Berhad may be used by the Company for the following obligatory purposes necessary in providing services to the customers (otherwise the Company is unable to provide services to customers who fail to provide the required information) which includes but not limited to:

- i. Bagi pelaksanaan kontrak takaful;
For the performance of takaful contract;
 - ii. Bagi mematuhi semua undang-undang, peraturan, tetapan, garis panduan dan / atau keperluan perundangan;
To comply with all applicable laws, rules, regulations, guidelines and / or other legal requirement;
 - iii. Bagi mengendalikan, mempertahankan, atau bertindak balas dengan sewajarnya terhadap tuntutan sebenar atau berpotensi atau pertanyaan yang melibatkan badan-badan kawal selia dan bukan kawal selia;
To litigate, defend, or respond accordingly to an actual or potential lawsuit or queries involving regulatory and non-regulatory bodies;
 - iv. Bagi mematuhi permintaan sah atau perintah mahkamah Malaysia dan pihak berkuasa termasuk dan tidak terhad kepada Bank Negara Malaysia, Kementerian Kewangan, Polis Diraja Malaysia, juruaudit, badan-badan kerajaan dan pertubuhan berkaitan kerajaan;
To comply with the legitimate requests or orders of the courts of Malaysia and regulators including but not limited to the Bank Negara Malaysia, Ministry of Finance, Polis Diraja Malaysia, auditors, governmental bodies and government-related establishments;
 - v. Secara umumnya untuk melindungi hak dan harta benda kami dan untuk memastikan kecekapan teknikal dan fungsi sistem kami;
To generally protect our rights and property and to ensure the technical competence and functioning of our systems;
 - vi. Bagi pelaksanaan proses penelitian wajar;
For the purpose of conducting due diligence process;
 - vii. Bagi menyediakan perkhidmatan pelanggan;
For providing customer service;
 - viii. Untuk penyelidikan dan pembangunan, analisis, pemasaran produk, atau kajian keperluan pelanggan;
For research and development, analysis, product marketing, or study of customer's need purpose;
 - ix. Bagi tujuan pengurusan risiko;
For risk management purpose;
 - x. Untuk semua tujuan lain yang berkaitan dan berhubung dengan perkara di atas.
For all the other purposes incidental and associated with any of the above.
2. Syarikat boleh memberikan apa-apa maklumat peribadi pelanggan kepada pihak berikut, di dalam atau di luar Malaysia, bagi tujuan tersebut yang antara lain termasuk namun tidak terhad kepada:-
The Company may provide any personal information of customers to the following parties, within or outside of Malaysia, for the obligatory purposes which includes but not limited to:-
- i. Individu atau Syarikat dalam Kumpulan Insurans Zurich, atau sebarang syarikat lain yang menjalankan perniagaan insurans atau takaful atau retakaful yang berkaitan, atau syarikat perantara;
Individuals or Companies within the Zurich Insurance Group, or any other company carrying on insurance or takaful or retakaful related business, or an intermediary;
 - ii. mana-mana ejen, kontraktor atau pembekal perkhidmatan pihak ketiga yang menyediakan perkhidmatan kepada Kumpulan Insurans Zurich yang berkaitan dengan operasi perniagaan;
any agent, contractor or third party service provider who provides services to the Zurich Insurance Group in connection with the operation of its business;
 - iii. pembekal perkhidmatan pihak ketiga termasuk penasihat undang-undang, akauntan, penyiasat, pentaksir kerugian, retakaful, perunding perubatan dan pemulihan, juruukur, pakar mekanik, dan pemproses data;
third party service providers including legal advisors, accountants, investigators, loss adjusters, retakaful, medical and rehabilitation consultants, surveyors, specialists, repairers and data processors;
 - iv. mana-mana pihak di bawah Kumpulan Insurans Zurich yang diwajibkan membuat pendedahan di bawah obligasi sebarang undang-undang yang wajib dipatuhi oleh Kumpulan Insurans Zurich atau mana-mana syarikat bersekutunya, kod atau garis panduan yang dikeluarkan oleh kerajaan, pihak berkuasa atau pihak berwajib lain yang perlu dipatuhi oleh Kumpulan Insurans Zurich atau mana-mana syarikat bersekutunya;
any person to whom the Zurich Insurance Group is under an obligation to make disclosure under the requirements of any law binding on the Zurich Insurance Group or any of its associated companies and for the purposes of any regulations, codes or guidelines issued by governmental, regulatory or other authorities with which the Zurich Insurance Group or any of its associated companies are expected to comply;
 - v. mana-mana pihak menurut sebarang perintah mahkamah yang mempunyai bidang kuasa sewajarnya.
any person pursuant to any order of a court of competent jurisdiction.
3. Maklumat peribadi tertentu yang dikumpul atau di bawah jagaan Zurich Takaful Malaysia Berhad boleh digunakan oleh Syarikat untuk tujuan sukarela dalam membekalkan bahan pemasaran dan menjalankan aktiviti pemasaran langsung berhubung dengan insurans atau takaful dan/atau produk dan perkhidmatan kewangan Kumpulan Insurans Zurich. Jika anda memilih untuk tidak menerima apa-apa bahan pemasaran daripada Kumpulan Insurans Zurich, anda boleh menghubungi kami dan kami akan memenuhi permintaan anda.
Certain personal information collected or held by Zurich Takaful Malaysia Berhad may be used by the company for voluntary purposes to provide marketing materials and conduct direct marketing activities in relation to Insurance or Takaful and/or financial products and services of the Zurich Insurance Group. If you choose to opt-out and not to receive any marketing material from the Zurich Insurance Group, you may contact us and we will accommodate your request.
4. Anda boleh memilih untuk menerima bahan pemasaran daripada pembekal perkhidmatan dan / atau perkhidmatan lain yang berkaitan dengan rakan perniagaan, dengan siapa Zurich Takaful Malaysia Berhad mengekalkan rujukan perniagaan atau urusan lain dengan menandakan kotak di sebelah.
You may choose to receive marketing material from other service providers and / or other related services of business partners, with whom Zurich Takaful Malaysia Berhad maintains business referral or other arrangements by ticking the adjacent box.

5. Semua pelanggan berhak untuk mengakses, membetulkan, atau mengubah data peribadi mereka sendiri yang disimpan oleh Syarikat, dan untuk memilih keluar daripada penggunaan Syarikat dan tidak membenarkan penggunaan data peribadi secara sukarela. Permintaan untuk tidak membenarkan penggunaan data peribadi hendaklah disertakan dengan jelas nama penuh, nombor kad pengenalan, nombor sijil, nombor telefon dan alamat pemohon.

All customers have the right to access, correct, or change any of their own personal information held by the company, and to opt-out of the Company's use and transfer of their personal information for the voluntary purposes, by request in writing to the Company at the address below. Requests for opt-out must state clearly the full name, identity document number, certificate number, telephone number and address of the person making such request.

6. Pemprosesan data peribadi anda adalah tertakluk kepada Notis Perlindungan Data Peribadi Zurich Takaful Malaysia Berhad, seperti yang disiarkan di <https://www.zurich.com.my/en/customer-hub/show-me-more-info/personal-data-protection-notice>

The processing of your personal data is subject to Zurich Takaful Malaysia Berhad's Personal Data Protection Notice, as published on <https://www.zurich.com.my/en/customer-hub/show-me-more-info/personal-data-protection-notice>

7. Sekiranya anda ingin menghubungi kami atau mempunyai sebarang pertanyaan atau aduan, sila hubungi kami secara bertulis.

If you wish to contact us or if you have any inquiries or complaints, please write to us.

Postal: Zurich Takaful Malaysia Berhad (200601012246)
Level 23A, Mercuri 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City,
59200 Kuala Lumpur, Malaysia.
Website: www.zurich.com.my
Email: callcentre@zurich.com.my

Kami berhak untuk menukar Notis Privasi kami sejajar dengan keperluan yang ditetapkan dalam Akta Perlindungan Data Peribadi 2010 dan Kod Amalan Perlindungan Data Peribadi untuk Industri Insurans dan Takaful.

We reserve the right to change our Privacy Notice from time to time in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010 and Personal Data Protection Code of Conduct for Insurance and Takaful Industry.

Keizinan Peserta: Dengan menandakan kotak di sebelah, saya memberi keizinan tanpa syarat untuk pengumpulan dan pemprosesan data peribadi saya yang dinyatakan di atas.

Participant: By ticking the adjacent box, I give my unconditional consent to the collection and processing of my personal data as described above.

Nama / Name:

Keizinan Orang Yang Dicadangkan Untuk Dilindungi (jika lain dari peserta): Dengan menandakan kotak di sebelah, saya memberi keizinan tanpa syarat untuk pengumpulan dan pemprosesan data peribadi saya yang dinyatakan di atas.

Person Covered Consent (other than participant): By ticking the adjacent box, I give my unconditional consent to the collection and processing of my personal data as described above.

Nama / Name:

Keizinan Pasangan Pencarum (Jika Ada): Dengan menandakan kotak di sebelah, saya memberi keizinan tanpa syarat untuk pengumpulan dan pemprosesan data peribadi saya yang dinyatakan di atas.

Payor's Spouse Consent (If Any): By ticking the adjacent box, I give my unconditional consent to the collection and processing of my personal data as described above.

Nama / Name:

BAHAGIAN D - PENGISYTIHARAN DAN KEBENARAN PESERTA, ORANG YANG DILINDUNGI & PASANGAN PENCARUM / PART D - DECLARATION AND AUTHORISATION OF PARTICIPANT, PERSON COVERED & PAYOR'S SPOUSE

- a. Saya / Kami sedar bahawa adalah kewajipan pendedahan pra-kontrak saya / kami bahawa saya / kami harus memberikan perhatian yang wajar agar tidak membuat sebarang salah nyata iaitu memberi jawapan / maklumat palsu apabila menjawab sebarang soalan yang ditanya oleh Anda, dan bahawa saya / kami harus menjawab soalan dengan lengkap dan tepat / betul.
I / We am / are aware that it is my / our pre-contractual duty of disclosure that I / we must exercise reasonable care not to misrepresent i.e. to give false answers / information when answering any questions asked by You and that I / we am / are to answer the questions fully and accurately / correctly.
- b. Saya / Kami telah membaca dan memahami kandungan Borang ini termasuk semua amaran dan notis di dalamnya dan saya / kami telah menjawab semua soalan dalam Borang ini dan soalan-soalan lain yang Anda minta dengan lengkap dan tepat, jika ada, selepas membaca dan memahami soalan.
I / We have read and understood the contents of the Form including all warnings and notices therein and I / we have fully and accurately answered all the questions in the Form and the other questions asked by You, if any, after having fully read and understood the questions.
- c. Saya / Kami sedar bahawa saya / kami mesti memaklumkan Anda tentang apa-apa perubahan kepada jawapan yang diberikan dalam Borang ini jika perubahan itu berlaku selepas saya / kami mengemukakan Borang ini tetapi sebelum kontrak bermula.
I / We am / are aware that I / we must inform You of any change to the answers given in the Form if the change occurred after I / we have submitted the Form but before the contract is entered into.
- d. Saya/Kami memahami sepenuhnya bahawa jawapan dan / atau kenyataan yang saya / kami berikan berkenaan dengan soalan-soalan yang ditanya oleh Anda, dan sebarang dokumen berkaitan lain yang dilengkapkan oleh saya / kami berhubung dengan Borang ini dan dalam apa-apa laporan perubatan atau pindaan (secara bersama disebut sebagai "maklumat") adalah relevan untuk Anda mem utuskan sama ada untuk menerima permohonan / cadangan saya / kami atau tidak, serta kadar dan terma yang terpakai.
I / We fully understand that my / our answers and / or statements given in respect of the questions asked by You, and any other relevant documents completed by me / us in connection with the Form and in any medical report or amendments (collectively referred to as "the information") are relevant to You in deciding whether to accept my / our application / proposal or not and the rates and terms to be applied.

- e. Saya / Kami sedar bahawa jika sebarang jawapan atau pernyataan saya / kami atau maklumat yang diberikan oleh saya / kami adalah tidak tepat / betul, sijil ini mungkin tidak diproses, tuntutan saya / kami ditolak atau dikurangkan atau syarat-syarat sijil diubah atau dipelbagai atau sijil ditamatkan.
I / We am / are aware that if any of my / our answers or statements or information given by me / us is not accurate / correct, the certificate may be avoided, my / our claim denied or reduced or the terms of the certificate changed or varied or certificate terminated.
- f. Saya / Kami dengan ini membenarkan mana-mana doktor perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans / takaful atau organisasi, institusi atau orang lain, yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya/kami atau sesiapa yang akan Dilindungi atau kesihatan saya / kami, untuk mendedahkan kepada Zurich Takaful Malaysia Berhad atau wakilnya sebarang dan semua maklumat mengenai saya atau sesiapa yang akan Dilindungi yang merujuk kepada sejarah kesihatan dan perubatan saya atau kami dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan atau penyakit dan salinan fotostat kebenaran ini akan dianggap sebagai sah dan tulen sepertimana salinan asal.
I / We hereby authorise any physician, hospital, clinic, insurance / takaful company or other organisation, institution or person, that has any records or knowledge of me/us or any persons to be Covered or my or our health, to disclose to Zurich Takaful Malaysia Berhad or its representative any and all information about me or any persons to be Covered with reference to my or our health and medical history and any hospitalisation, advice, treatment, disease or ailment and a photocopy of this authorisation shall be as effective and valid as the original.
- g. Saya / Kami faham bahawa tanggungan Syarikat Takaful tidak akan berkuatkuasa sehingga permohonan dan / atau pengembalian semula ini diterima dan / atau diluluskan serta caruman dibayar kepada Syarikat Takaful.
I / We acknowledge that the liability of the Takaful Company does not commence until the proposal and / or reinstatement is accepted and / or approved by and contribution paid to the Takaful Company.
- h. Saya / Kami juga bersetuju bahawa sekiranya Sijil ini dikuatkuasakan semula, peruntukan Tidak Boleh Dipertikaikan dan Membunuh Diri akan dikuatkuasakan dari tarikh dihidupkan semula.
I / We also agree that if the Certificate being reinstated, the Incontestability and Suicide provisions shall take effect from the reinstatement date.
- i. Saya / Kami memperakui bahawa pada masa ini, saya / kami bukanlah seorang warganegara, pemastautin atau orang yang tertakluk kepada undang-undang cukai negara-negara lain kecuali negara atau bidangkuasa yang saya / kami telah isytiharkan melainkan dan kecuali untuk negara yang saya / kami telah isytiharkan bersama.
I / We declare that at this time, I / we am not a citizen, resident or person subject to the taxation laws of any other country except for the country or jurisdiction which I / we have declared save and except for the country which I / we have declared hereto.
- j. Saya / Kami dengan ini bersetuju untuk memaklumkan kepada anda secara bertulis sekiranya berlaku perubahan status saya / kami di masa hadapan, untuk apa jua sebab, menjadikan saya / kami tertakluk kepada mana-mana undang-undang percukaian atau perundangan mana-mana negara lain.
I / We hereby undertake to notify you in writing in the event that my / our status changes in the future, for any reason, causing me / us to become subject to any taxation law or legislation of any other country.
- k. Saya / Kami dengan ini memberikan kebenaran tidak bersyarat untuk memaklumkan mana-mana pihak berkuasa cukai asing yang berkaitan, di mana menjadikan anda atau saya / kami tertakluk kepada apa-apa perubahan pada status cukai saya / kami pada masa depan tanpa perlu memberikan notis terlebih dahulu kepada saya / kami untuk apa-apa tindakan yang berkaitan.
I / We hereby grant you my / our full and unconditional authority to notify any relevant foreign tax authority to which you consider that you or I / we become subject as a result of any future change to my / our taxation status without giving me / us prior notice for such actions.

Sila tandakan pada jawapan dibawah. / Please tick the right answer below.

Perseorangan / Individual

Ya / Yes Tidak / No

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Adakah anda seorang Pemastautin Malaysia untuk Tujuan Cukai?
<i>Are you a Malaysian Resident for Tax Purpose?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Adakah anda seorang warganegara Amerika Syarikat atau Pemastautin / Pembayar Cukai di Amerika Syarikat?
<i>Are you a United States Citizen or United States Resident / Taxpayer?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Adakah anda seorang Pemastautin untuk Tujuan Cukai / Pembayar Cukai dimana-mana negara selain daripada Malaysia dan Amerika Syarikat?
<i>Are you a Resident for Tax Purpose / Taxpayer of any country other than Malaysia and United States?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Entiti / Entity

Ya / Yes Tidak / No

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Adakah Syarikat / Entiti diperbadankan di luar Malaysia?
<i>Is the Company / Entity incorporated outside Malaysia?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Adakah terdapat satu atau lebih individu yang mengawal Syarikat / Entiti tersebut di mana individu tersebut adalah pemastautin cukai selain daripada Malaysia?
<i>Is there any or more individuals who control the company / entity where the individual is a tax resident other than Malaysia?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**BAHAGIAN E – PENGISYTIHARAN DAN KEBENARAN OLEH SAKSI /
PART E – DECLARATION AND AUTHORISATION BY WITNESS**

Saya dengan ini menyaksikan permohonan di atas dan mengesahkan bahawa tandatangan telah dibuat di hadapan saya dan berdasarkan pengetahuan saya ianya adalah tandatangan peserta, orang dilindungi dan pasangan pencarum (jika ada).
I hereby witness the above application and certify that the signature was made in my presence and that to my own personal knowledge it is the signature of the participant, person covered and payor's spouse (if any).

Saya memberi keizinan tanpa syarat untuk pengumpulan dan pemprosesan data peribadi saya termasuk data peribadi sensitif (jika ada) yang dinyatakan di sini.

I give my unconditional and unequivocal consent to the collection and processing of my personal data including sensitive personal (if any) revealed hereto.

Saya boleh menghubungi Zurich untuk mengakses atau membetulkan data peribadi saya, atau untuk sebarang pertanyaan atau aduan lain.
I may contact Zurich for access or correction of my personal data, or for any other queries or complaints.

Pemprosesan data peribadi anda adalah tertakluk kepada Notis Perlindungan Data Peribadi Zurich, seperti yang disiarkan dalam <https://www.zurich.com.my/en/customer-hub/show-me-more-info/personal-data-protection-notice>

The processing of your personal data is subject to Zurich's Personal Data Protection Notice, as published on <https://www.zurich.com.my/en/customer-hub/show-me-more-info/personal-data-protection-notice>.

BAHAGIAN F - TANDATANGAN PESERTA, ORANG YANG DILINDUNGI, PASANGAN PENCARUM (JIKA ADA) & SAKSI / PART F - SIGNATURE OF PARTICIPANT, PERSON COVERED, PAYOR'S SPOUSE (IF ANY) & WITNESS

*Tandatangan Peserta / Signature of Participant	Nama /: _____ Name _____ No K.P Baru / No. ID Lain /: _____ New IC No. / Other ID No. _____ Tarikh / Date: _____ Tempat / Place: _____
---	--

***Selain daripada individu, cop Syarikat diperlukan / Other than individual, Company's stamp is required.**

Tandatangan Orang Dilindungi / Signature Person Covered	Nama /: _____ Name _____ No K.P Baru / No. ID Lain /: _____ New IC No. / Other ID No. _____ Tarikh / Date: _____ Tempat / Place: _____
---	--

Tandatangan Pasangan Pencarum / Signature of Payor's Spouse	Nama /: _____ Name _____ No K.P Baru / No. ID Lain /: _____ New IC No. / Other ID No. _____ Tarikh / Date: _____ Tempat / Place: _____
---	--

*Tandatangan Saksi / Signature of witness	Nama /: _____ Name _____ No K.P Baru / No. ID Lain / Kod Ejen / : _____ New IC No. / Other ID No. / Agent Code _____ **No. Telefon / Contact No.: _____ **Alamat Surat-menyurat /: _____ Correspondence Address _____ _____ Tarikh / Date: _____ Tempat / Place: _____
---	--

***Nota / Note :**

1. Saksi mestilah seorang yang sempurna akal dan telah mencapai umur 18 tahun / The witness must be sound of mind and attained 18 years old.
2. Maklumat yang bertanda ** tidak perlu dilengkapkan jika saksi adalah ejen Zurich Takaful Malaysia Berhad / The following information marked with ** is not required to be completed if the witness is agent of Zurich Takaful Malaysia Berhad.

*** Untuk Kegunaan Ibu Pejabat / Cawangan Sahaja / For Head Office / Branch Use Only**

No. iCERT / iCERT No.

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

Satu salinan Borang ini telah diserahkan pada hari ini di Ibu Pejabat / Cawangan Zurich Takaful Malaysia Berhad.
A copy of this Form has this day been filed at the Head Office / Branch of Zurich Takaful Malaysia Berhad.



HEALTH_D_F

HDF.V2

Tarikh / Date

Pendaftar / Registrar