

Borang Pengisytiharan Kesihatan

Health Declaration Form

Nombor Polisi/ Policy Number: _____

Kenyataan Penting: Sila ambil perhatian bahawa menurut Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, anda adalah dengan ini diingatkan bahawa:
Important Notice: Please take note that pursuant to Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, you are hereby reminded that:

- a. Anda dikehendaki untuk mengambil perhatian yang wajar agar tidak membuat sebarang salah nyata apabila menjawab setiap pertanyaan yang diajukan oleh kami iaitu anda perlu menjawab soalan dengan lengkap dan tepat/betul. Sila ambil perhatian bahawa semua soalan-soalan yang diminta oleh kami adalah berkaitan dengan keputusan kami sama ada untuk menerima risiko atau tidak, serta kadar dan terma yang terpakai.
You are required to take reasonable care not to make any misrepresentation when answering any questions asked by us i.e. you should answer the questions fully and accurately/correctly. Please note that all the questions that are asked by us are relevant to our decision whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.
- b. Jika terdapat sebarang perubahan kepada jawapan yang diberikan di dalam borang permohonan/cadangan dalam jarak masa antara borang permohonan/cadangan dikemukakan dan masa kontrak bermula, anda juga perlu mengisytiharkan perubahan tersebut dengan penuh dan tepat/betul.
If there are any changes to the answers given in the application/proposal form between the time of submission of the application/proposal form and the time the contract is entered into, you are also required to disclose to us fully and accurately/correctly such changes.
- c. Selain dari menjawab soalan-soalan dalam borang cadangan dengan penuh dan tepat/betul, anda juga perlu mengambil perhatian sewajarnya untuk mengisytiharkan dengan tepat/betul sebarang hal lain yang anda tahu ianya berkaitan dengan keputusan kami untuk menerima risiko atau tidak serta kadar dan terma yang terpakai.
In addition to answering the questions in the proposal form fully and accurately/correctly, you are also required to take reasonable care to disclose to us fully and accurately/correctly any other matters which you know to be relevant to our decision on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.
- d. Kegagalan anda memberikan jawapan yang lengkap dan tepat boleh menyebabkan polisi anda tidak diproses, tuntutan tidak dibayar atau dikurangkan, atau syarat-syarat polisi diubah.
Your failure to give answers that are full and accurate may result in your policy being avoided, a claim not being paid or reduced, or the terms of the policy being changed.
- e. Jika anda tidak memahami kewajiban/tugas anda seperti yang dinyatakan di atas atau jika anda memerlukan sebarang penjelasan, anda boleh menghubungi kami atau perunding jualan kami.
If you do not understand your obligation/duty as stated above or if you need any further explanation, you can contact us or our sales advisor.

HALAMAN INI SENGAJA DIKOSONGKAN
THIS PAGE IS INTENTIONALLY LEFT BLANK

Borang Pengisytiharan Kesihatan (Bahagian 1)

Health Declaration Form (Part 1)

(Untuk tujuan menghidupkan semula sahaja dan tidak digunakan untuk Pelan Kesihatan/ Perubatan)
(*For reinstatement purpose only and not applicable for Health/ Medical Plan*)

Nombor Polisi/ *Policy Number* : _____

Nama Hayat Yang Diinsuranskan/ *Name of Life Insured* : _____

Nama Pemohon/ *Name of Applicant* : _____

Nota: Borang menghidupkan semula ini adalah untuk polisi lupus dalam tempoh 3 bulan daripada tarikh lupus. Untuk tempoh lupus lebih daripada 3 bulan, sila lengkapkan Borang Pengisytiharan Kesihatan (Bahagian 2).
Note: This reinstatement application form is intended for lapsed policies within 3 months from the lapsed date. For a lapsed period of more than 3 months, please complete Health Declaration Form (Part 2).

Saya/Kami mengisytiharkan bahawa saya berada di dalam keadaan sihat dengan tiada sebarang penyakit, kecederaan, hospitalisasi atau kemalangan yang berlaku sepanjang polisi ini dimulakan.

I/We hereby declare that I am currently in good health with no illness, injuries, hospitalization or accident occurred since inception of this policy.

PENGISYTIHARAN DAN KEBENARAN

DECLARATION AND AUTHORISATION

- a. Saya/Kami sedar bahawa adalah kewajiban 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 permohonan/cadangan termasuk semua amaran dan notis di dalamnya dan saya/ kami telah menjawab semua soalan dalam borang permohonan/ cadangan 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 application/proposal form including all warnings and notices therein and I/we have fully and accurately answered all the questions in the application/proposal 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 cadangan jika perubahan itu berlaku selepas saya/kami mengemukakan borang cadangan tetapi sebelum kontrak bermula.
I/We am/are aware that I/we must inform You of any change to the answers given in the proposal form if the change occurred after I/we have submitted the proposal 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 permohonan/cadangan dan dalam apa-apa laporan perubatan atau pindaan (secara bersama disebut sebagai "maklumat") adalah berkaitan dalam Anda memutuskan 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 application/proposal 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.

Nombor Polisi/ Policy Number: _____

- e. Saya/Kami sedar bahawa jika sebarang jawapan atau pernyataan saya/kami atau maklumat yang diberikan oleh saya/kami adalah tidak tepat/ betul, polisi ini mungkin tidak diproses, tuntutan saya ditolak atau dikurangkan atau syarat-syarat polisi diubah atau dipelbagai atau polisi 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 policy may be avoided, my claim denied or reduced or the terms of the policy changed or varied or policy terminated.
- f. Saya/Kami dengan ini membenarkan mana-mana doktor perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans atau organisasi, institusi atau orang lain, yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya/kami atau sesiapa yang akan diinsuranskan atau kesihatan saya/kami, untuk mendedahkan kepada Zurich Life Insurance Malaysia Berhad atau wakilnya sebarang dan semua maklumat mengenai saya atau sesiapa yang akan Diinsuranskan 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 company or other organisation, institution or person that has records or knowledge of me/us or any persons to be insured or my or our health, to disclose to Zurich Life Insurance Malaysia Berhad or its representative any and all information about me or any persons to be Insured 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 selanjutnya bersetuju bahawa segala permintaan untuk menghidupkan semula tidak akan berkuatkuasa walaupun wang telah dibayar untuknya sehingga permohonan menghidupkan semula diluluskan Syarikat dan dalam kes ini, akan berkuatkuasa dari tarikh ia dihidupkan semula.
I/We further agree that any request for reinstatement shall not take effect irrespective of any moneys paid pursuant thereto, until the reinstatement application has been approved by the Company and in this case, shall take effect from such reinstatement date.
- h. Saya/Kami juga bersetuju bahawa jika polisi ini dihidupkan semula, peruntukan Tidak Boleh Dipertikaikan dan peruntukan Membunuh Diri akan berkuatkuasa dari tarikh ia dihidupkan semula.
I/We also agree that if the policy be reinstated, the Incontestability and Suicide provisions shall take effect from the reinstatement date.

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

*Tandatangan Pemohon/
Signature of Applicant*

*Tandatangan Hayat Yang Diinsuranskan/
Signature of Life Insured*

*Tandatangan Saksi/
Signature of Witness*

Nama/Name : _____ Nama/Name : _____ Nama/Name : _____

No. KP/IC No. : _____ No. KP/IC No. : _____ No. KP/IC No. : _____

Notis Penting/ Important Notice

1. Jika Pemohon/ Hayat Yang Diinsuranskan tidak sihat, sila lengkapkan Borang Pengisytiharan Kesihatan (Bahagian 2).
If the Applicant/Life Insured is not healthy, please complete Health Declaration Form (Part 2)
2. Wanita mengandung yang diinsuranskan perlu melengkapkan Borang Pengisytiharan Kesihatan (Bahagian 2)
Female insured who is pregnant is required to complete Health Declaration Form (Part 2)
3. Untuk polisi Juvenil yang dilampirkan bersama Faedah Pembayar, pemohon wanita mengandung dikehendaki mengisi Borang Pengisytiharan Kesihatan (Bahagian 2).
For Juvenile policy with Payor's Benefit attached, female applicant who is pregnant is required to complete Health Declaration Form (Part2)
4. Untuk polisi pihak ketiga jika Hayat Yang Diinsuranskan:
For third party policy if Life Insured is:
 - a) Kanak-kanak – Pemohon (pembayar) perlu menandatangani borang.
Child - required Applicant (payor) to sign the form.
 - b) Dewasa – Pemohon dan Hayat Yang Diinsuranskan perlu menandatangani borang.
Adult - required Applicant and Life Insured to sign the form.

Borang Pengisytiharan Kesihatan (Bahagian 2)

Health Declaration Form (Part 2)

Nombor Polisi/ Policy Number : _____

Nama Hayat Yang Diinsuranskan/ Name of Life Insured : _____

Nama Pemohon/ Name of Applicant : _____

Permohonan untuk/ Application for:

☐ Menghidupkan Semula Reinstatement
 ☐ Tambah Rider Addition of Riders
 ☐ Kenaikan Jumlah Yang Diinsuranskan Increase of Sum Assured
 ☐ Pertukaran Pelan Change of Plan

Jika pemohon dan Hayat Yang Diinsuranskan adalah orang yang sama, sila lengkapkan bahagian I* sahaja

If applicant and the life insured is the same person, please complete part I only*

Jika tidak, lengkapkan kedua-dua bahagian I dan II

Otherwise, please complete part I and II

A. Soalan mengenai kesihatan pemohon dan tanggungan Questions relating to the health of the applicant or insured/dependents	Bahagian I /Part I Pemohon/Applicant	Bahagian II /Part II Hayat Yang Diinsuranskan/ Life Insured
	Ya Yes	Tidak No
1. Pekerjaan sekarang dan tugas harian _____ <i>Present occupation and daily duties</i>		
2. a) Berapakah ketinggian anda sekarang/ <i>What is your present height</i> b) Berapakah berat anda sekarang / <i>What is your present weight</i>	_____sm/cm _____kg/kg	_____sm/cm _____kg/kg
3. Pernahkah anda atau Hayat Yang Diinsuranskan menghidap atau mengalami sebarang penyakit kecederaan, menemui pakar atau dimasukkan ke hospital dalam tempoh 5 tahun ini ? <i>Have you or life insured suffered or sustained any illness or injury, consulted a physician or been hospitalised during the past five years?</i>	☐	☐
4. Pernahkah sebarang permohonan anda atau tanggungan anda untuk polisi insurans perubatan penghospitalan atau hayat ditolak, dihadkan atau diubahsuaikan dari terma asal? Jika "Ya", sila nyatakan sebab dan syarikat Insurans. <i>Have you or your dependants' application for medical,hospitalization or life insurance policy ever been declined, restricted or accepted at other than normal terms? If "Yes", please state reason and provide the name of the insurance company.</i>	☐	☐
5 a. Adakah anda atau Hayat Yang Diinsuranskan PERNAH mengambil sebarang dadah atau narkotik yang menyebabkan tabiat atau pernah dirawak untuk tabiat dadah? <i>Have you or life insured EVER taken any habit forming drugs or narcotics or been treated for drug habits?</i>	☐	☐
b. Adakah anda atau Hayat Yang Diinsuranskan meminum arak? Jika "Ya", sebanyak mana? _____tin/botol/mug/peg seminggu <i>Do you or life insured consume alcohol? If yes, in what quantity? _____can/bottle/mug/peg per week</i>	☐	☐

	Bahagian I /Part I Pemohon/Applicant		Bahagian II /Part II Hayat Yang Diinsuranskan/ Life Insured	
	Ya Yes	Tidak No	Ya Yes	Tidak No
6. Adakah anda atau mana-mana orang lain yang akan diinsuranskan: <i>Have you or any other person to be insured:</i>				
a. mengalami atau mempunyai kecacatan fizikal, lemah atau keadaan kongenital? <i>suffered or had any physical defect, infirmity or congenital conditions?</i>	☐	☐	☐	☐
b. pernah menjalani pemeriksaan kesihatan, x-ray, imbasan, ujian darah, ujian air kencing, ECG, atau kini di bawah pengawasan dan/atau menjalani rawatan atau mengambil ubat-ubatan? <i>had any medical check up, x-ray, scan, blood test, ECG or is currently under observation and/or receiving treatment or taking any medication?</i>	☐	☐	☐	☐
c. menerima atau pernah menerima keputusan ujian pemeriksaan darah, air kencing atau pemeriksaan lain yang abnormal? <i>had any abnormal blood, urine or any other investigation test results?</i>	☐	☐	☐	☐
d. menjalani pembedahan atau menderita akibat sebarang penyakit atau kecederaan? <i>undergone any surgical operation or suffered from any disease or injury?</i>	☐	☐	☐	☐
e. pernah dinasihatkan untuk menjalani pembedahan yang masih belum dijalankan? <i>ever been advised to have a surgical operation, which has not been performed yet?</i>	☐	☐	☐	☐
f. pernah di masukkan ke hospital sebelum ini? <i>ever been admitted before?</i>	☐	☐	☐	☐
7. Adakah anda atau mana-mana orang lain yang akan diinsuranskan menghidap, didiagnosiskan atau pernah menjalani rawatan untuk salah satu yang berikut: <i>Have you or any of the persons to be insured have or had suffered from, diagnosed with or treated for any of the following:</i>				
a. Batuk kronik, batuk berdarah, asma, bronkitis, tibi atau lain-lain penyakit paru-paru atau saluran pernafasan? <i>Chronic cough, coughing blood asthma, bronchitis, tuberculosis or any other disorders of the lungs or respiratory system?</i>	☐	☐	☐	☐
b. Peningkatan tahap kolesterol, tekanan darah tinggi atau rendah, penyakit jantung, sakit dada, serangan jantung, desiran jantung, injap mitral prolapse atau sebarang gangguan injap jantung lain, kadar jantung tidak tetap atau pantas, pendek nafas, palpitasi atau sebarang masalah jantung yang lain? <i>Raised cholesterol, high or low blood pressure, heart disease, chest pain, heart attack, heart murmur, mitral valve prolapsed or other heart valve disorders, irregular or fast heart rate, shortness of breath, palpitation or any other disorders of heart?</i>	☐	☐	☐	☐
c. Epilepsi, sawan, pening, masalah otak, sistem saraf atau penyakit mental? <i>Epilepsy, fits, dizziness, brain, nervous system or mental disorder?</i>	☐	☐	☐	☐
d. Batu karang atau sebarang masalah lain buah pinggang atau sistem pundi kencing, gula, protein atau darah dalam air kencing, atau masalah haid? <i>Stone or any other disorder of kidney or urinary system, sugar, protein or blood in urine or menstrual disorder?</i>	☐	☐	☐	☐
e. Masalah atau penyakit mata, telinga, hidung atau tekak, kecacatan pendengaran atau masalah pertuturan? <i>Eyes, ears, nose or throat disorder or disease, hearing impairment or impaired speech?</i>	☐	☐	☐	☐
f. Masalah atau penyakit arthritis, belakang, tulang belakang, tulang sendi, otot atau kulit, cakera teranjak, gout, sakit atau kecacatan atau gangguan otot, anggota atau sendi atau kecederaan teruk? <i>Arthritis, back, spine, bone, joint, muscle, skin disorder or disease, slip disc, gout, pain or deformity or disorders of the muscles, limbs or joints or severe injury?</i>	☐	☐	☐	☐
g. Gastritis, ulser atau sebarang penyakit perut atau usus yang lain, hemoroid atau hernia? <i>Gastritis ulcer or any other disorders of stomach or intestine, haemorrhoids or hernia?</i>	☐	☐	☐	☐
h. Masalah atau penyakit hati, Hepatitis B, Hepatitis C dan sebarang bentuk Hepatitis lain, batu pundi hempedu atau sebarang masalah pundi hempedu yang lain? <i>Liver disorder or disease, Hepatitis B, Hepatitis C and any other form of Hepatitis, gall bladder stone or any other disorders of gall bladder?</i>	☐	☐	☐	☐
i. Kanser, tumor atau sebarang ketumbuhan di sebarang organ atau sistem? <i>Cancer, tumour or growth of any kind of any organ system?</i>	☐	☐	☐	☐

Nombor Polisi / Policy Number: _____

	Bahagian I /Part I Pemohon/Applicant		Bahagian II /Part II Hayat Yang Diinsuranskan/ Life Insured	
	Ya Yes	Tidak No	Ya Yes	Tidak No
j. Kencing Manis, masalah Kelenjar Tiroid, anemia, thalasemia atau sebarang masalah darah yang lain? <i>Diabetes, thyroid disorder, anaemia, thalassemia or any other disorders of blood?</i>	☐	☐	☐	☐
k. Penyakit disebabkan oleh hubungan seks seperti sifilis, gonorea atau penyakit kemaluan? <i>Sexually transmitted disease such as syphilis, gonorrhea, genital disorder or disease?</i>	☐	☐	☐	☐
l. HIV positif, AIDS atau penyakit berkaitan AIDS? <i>HIV positive, AIDS or AIDS-related condition?</i>	☐	☐	☐	☐
m. Sebarang keuzuran, penyakit atau kecederaan yang tidak disebut di atas? <i>Any illness, disease or injury not mentioned above ?</i>	☐	☐	☐	☐
n. Strok <i>Stroke</i>	☐	☐	☐	☐
o. Lumpuh, kelemahan anggota <i>Paralysis, weakness of limb</i>	☐	☐	☐	☐
p. Anemia, sebarang gangguan darah lain, hemophilia <i>Anemia, any other disorders of the blood, haemophilia</i>	☐	☐	☐	☐
q. Penyakit/gangguan prostat <i>Prostate disease/disorders</i>	☐	☐	☐	☐
8. Adakah di antara ibu bapa atau adik-beradik anda mengalami, pernah mengalami atau meninggal dunia disebabkan oleh kanser, kencing manis, darah tinggi, strok, penyakit buah pinggang, sakit jantung, sklerosis berganda, sakit jiwa atau sebarang penyakit keturunan atau keadaan berkaitan AIDS? <i>Have any of your parents or siblings ever had or died from cancer, diabetes, hypertension, stroke, kidney disease, heart disease, multiple sclerosis, mental illness or any other hereditary disease or AIDS-related condition?</i>	☐	☐	☐	☐
9. Untuk kaum WANITA sahaja : Adakah anda hamil sekarang? Jika ya, berapa bulan : _____ <i>For FEMALES only : Are you currently pregnant? If yes, how many months :</i>	☐	☐	☐	☐
10. Jika mana-mana jawapan untuk soalan-soalan di A3 hingga A8 adalah "Ya", sila beri keterangan di bawah dengan mencatatkan nombor jawapan mengikut nombor soalan (untuk Soalan A6b dan A6c, sila nyatakan juga jenis ujian pemeriksaan, tarikh, keputusan dan sebab menjalani ujian-ujian tersebut): <i>If any of the answers is "Yes" to questions A3 to A8, please give details below and number your answers to correspond with the number of the questions to which the answer applies (for Question A6b and A6c, please also state type of investigation test, date, results and reason for the tests) :</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: _____ Keterangan lain-lain:/ Other details: _____ 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: _____ Keterangan lain-lain:/ Other details: _____				

B. Soalan berkenaan dengan pekerjaan/aktiviti/hobi pemohon, Hayat Yang Diinsuranskan/ Tanggungan dan suami/isteri Questions relating to the occupation/avocation/hobbies of applicant, insured/dependents and spouse	Bahagian I /Part I Pemohon/Applicant		Bahagian II /Part II Hayat Yang Diinsuranskan/ Life Insured	
	Ya Yes	Tidak No	Ya Yes	Tidak No
1. Adakah anda terlibat dengan pekerjaan merbahaya atau sebagai hobi, contohnya perlumbaan motosikal, memanjat batu, terjunan udara atau penerbangan (selain dari sebagai penumpang berbayar pesawat penerbangan komersial)? Jika "Ya" sila berikan maklumat lanjut: <i>Do you engage in any hazardous occupation, pursuit or pastime eg. Motor racing, rock climbing, skydiving or flying (other than as a fare paying passenger on commercial airlines on regular scheduled routes)? If "Yes", please give details:</i>	☐	☐	☐	☐
2. Adakah anda sekarang seorang angkatan tentera? <i>Are you now a member of the military force?</i>	☐	☐	☐	☐
C. Soalan tambahan untuk Rider Flex Maternity Care & Flex Lady CI) Additional questions applicable for Flex Maternity Care & Flex Lady CI Riders	☐	☐	☐	☐
1. Adakah anda pernah melahirkan anak? <i>Have you ever given birth?</i>	☐	☐	☐	☐
2. Adakah anda telah dinasihatkan oleh doktor perubatan untuk tidak hamil? <i>Have you been advised by a medical doctor not to conceive?</i>	☐	☐	☐	☐
3. Adakah anda hamil sekarang? Jika ya, sila nyatakan yang berikut :- <i>Are you currently pregnant? If yes, please state the following:-</i> i) Tempoh kandungan _____ minggu <i>Gestational period _____ weeks</i> ii) Tarikh dijangka bersalin _____ <i>Expected date of delivery _____</i> iii) Bilangan janin _____ <i>Number of foetus _____</i>	☐	☐	☐	☐
4. Adakah kehamilan anda sekarang dengan bantuan teknologi reproduksi (berikan contoh tetapi tidak terhad kepada IVF) ? <i>Is your current pregnancy conceived through assisted reproductive technology (such as but not limited to IVF)?</i>	☐	☐	☐	☐
5. Adakah anda pernah mengalami atau telah dimaklumkan mempunyai atau telah dirawat atau dicadangkan bagi rawatan atau diminta mendapatkan nasihat pakar perubatan bagi :- <i>Have you ever had or been told to have or been treated or intend to be treated or consult a physician for:-</i> i) apa-apa penyakit atau gangguan ke atas payu dara termasuk gumpalan payu dara, kebengkakan bentuk lendir pada payu dara, mastitis, fibroadenoma, penyakit fibrosista , perubahan atau keluaran dari puting, displasia mammari, penyakit Paget pada puting atau payu dara, karsinoma in situ, kanser atau ketumbuhan? <i>any disease or disorder of the breast including breast lump, breast cyst, mastitis, fibroadenoma, fibrocystic disease, nipple changes or discharge, mammary dysplasia, Paget's disease of the nipple or breast, carcinoma in situ, cancer or growth?</i> ii) apa-apa penyakit atau gangguan uteri serviks, rahim, ovari, vulva atau tiub falopian termasuk kebengkakan bentuk lendir pada ovarian, prolaps rahim, rahim tidak normal atau pendarahan vagina, tumbesaran tidak normal abdomen, fibroid, polip, pendarahan pasca-koital, karsinoma in situ, kanser atau ketumbuhan? <i>any disease or disorder of the cervix uteri, uterus, ovaries, vulva or fallopian tube including ovarian cyst, uterine prolapse, abnormal uterine or vaginal bleeding, abnormal enlargement of the abdomen, fibroid, polyp, post-coital bleeding, carcinoma in situ, cancer or growth?</i>	☐	☐	☐	☐
6. Pernahkah anda menjalani pap-smear, mammogram, biopsi, ultrasound ke atas payu dara atau pinggul, biopsi kon atau kolposkopi atau sebarang bentuk penyiasatan ginekologi yang mendapati keabnormalan atau anda dinasihatkan mengulangi dalam tempoh enam (6) bulan? <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 that was found to be abnormal, or you were advised to repeat within six (6) months?</i>	☐	☐	☐	☐

Nombor Polisi / Policy Number : _____

7. Pada kehamilan anda yang lalu atau semasa, adakah anda pernah atau sedang menghadapi kencing manis kandungan, hipertensi kandungan, anemia, jangkitan pada air kencing, protin dalam air kencing, pra-eclampsia atau eklampsia, kehamilan ektopik, kehamilan hati berlemak, kematian bayi semasa lahir, keguguran, koagulasi penyebaran intravaskular, kelemahan serviks atau servikal yang tidak kompeten, abruption placentae atau embolism cairan amniotik? <i>In your previous or current pregnancy or childbirth, have you had or have gestational diabetes, gestational hypertension anaemia, urinary infection, protein in urine, pre-eclampsia or eclampsia, ectopic pregnancy, fatty liver of pregnancy, stillbirth, miscarriage, disseminated intravascular coagulation, weakness of the cervix or cervical incompetence, abruption placentae, or amniotic fluid embolism?</i>	Bahagian I /Part I Pemohon/Applicant Ya Tidak Yes No ☐ ☐	Bahagian II /Part II Hayat Yang Diinsuranskan/ Life Insured Ya Tidak Yes No ☐ ☐
8. Pernahkah mana-mana anak anda menghadapi spina bifida, sindrom Down, palsi serebral, bibir sumbing, langit sumbing, kaki tombol, anal atresia, kecacatan atrial atau septal ventrikular, penyakit jantung kongenital, katarak, pekak, hernia diafragmatik, seliuh pinggang, infantile hidrocephalus, tetraloji Fallot, transposisi darah utama, artiriosus trunkus atau lain-lain kecacatan fizikal atau perkembangan, penyakit kongenital atau penyakit serius lain yang memerlukan rawatan susulan yang kerap dan berterusan? <i>Have any of your children suffered from spina bifida, Down's syndrome, cerebral palsy, cleft lip, cleft palate, club foot, anal atresia, atrial or ventricular septal defect, congenital heart disease, cataract, deafness, diaphragmatic hernia, hip dislocation, infantile hydrocephalus, Fallot's tetralogy, transposition of great vessels, truncus arteriosus, or any other physical or development defects, congenital illnesses or any other serious diseases requiring regular follow up or continuous treatment?</i>	☐ ☐	☐ ☐
9. Adakah anda maklum jika pasangan anda mempunyai mana-mana keadaan perubatan yang berikut : Gangguan kongenital jantung, gangguan kongenital otak dan saraf tunjang, kongenital katarak, kongenital pekak, sumbing langit dan/atau bibir, kegagalan renal, penyakit hati (seperti hemakromotosis) atau penyakit keturunan yang lain seperti sakit buah pinggang polistikistik, thalassaemia yang minor/utama, haemophilia A, penyakit Huntington, distrofi muskular, fibrosis kistik, familial adenomatous polyposis yang telah didiagnos sebelum berumur 60 tahun? <i>Are you aware if your spouse has any of the following medical conditions: congenital heart disorder, congenital brain and spinal cord disorder, congenital cataract, congenital deafness, cleft palate and/ or lip, renal failure, liver disease (such as haemachromotosis) or any other hereditary disease such as polycystic kidney disease, thalassaemia minor/major, haemophilia A, Huntington's disease, muscular dystrophy, cystic fibrosis, familial adenomatous polyposis that was diagnosed before age 60?</i>	☐ ☐	☐ ☐
10. Sila kemukakan nama dan alamat doktor/klinik utama yang anda rujuk untuk kehamilan. <i>Please provide the name & address of your main doctor/clinic consulted for pregnancy</i> _____ _____ _____		
11. Adakah jawapan untuk Soalan C1 hingga C9 di atas adalah "Ya"? Jika "Ya", sila nyatakan keterangan penuh di bawah <i>Are any of the answers to Questions C1 to C9 above answered as "Yes"? If "Yes", please state full details below</i> _____ _____ _____		
12. Sekiranya jawapan untuk Soalan C1 hingga C9 adalah "Tidak", adakah anda mempunyai maklumat tambahan yang ingin anda nyatakan di bawah? <i>If all the answers to Questions C1 to C9 are answered as "No", are there any additional information that you wish to state below?</i> _____ _____ _____		
D Soalan tambahan untuk Rider Flex Junior CI Additional questions applicable for Flex Junior CI Rider 1. Adakah anak anda dilahirkan pramatang sebelum tempoh bersalin biasa? Jika Ya, sila kemukakan butiran <i>Was the child born premature before the normal gestation period? If Yes, please provide details</i> i) Berat semasa dilahirkan _____ (kg) <i>Birth weight _____ (kg)</i> ii) Bilangan minggu pramatang _____ minggu <i>Number of weeks premature _____ weeks</i>	Bahagian I /Part I Pemohon/Applicant Ya Tidak Yes No ☐ ☐	Bahagian II /Part II Hayat Yang Diinsuranskan/ Life Insured Ya Tidak Yes No ☐ ☐

2. Adakah anak anda telah atau sedang menghadapi sebarang gangguan kongenital, kecacatan semasa lahir, keabnormalan, komplikasi sisa, kerosakan atau kecacatan fizikal atau mental (termasuk tetapi tidak terhad kepada gangguan autistik, kecacatan otak), kekurangan G6PD, hormon tiroid yang tidak normal (cth TSH), epilepsi, sawan, sakit kuning berpanjangan atau sindrom kesukaran pernafasan? <i>Has the child suffered from or currently suffering from any congenital disorder, birth defects, abnormalities, residual complications, impairment or physical or mental defects (including but not limited to autistic disorder, mental retardation), G6PD deficiency, abnormal thyroid hormone (e.g. TSH), epilepsy, fits, prolonged jaundice or respiratory distress syndrome?</i>	Bahagian I /Part I Pemohon/Applicant	Bahagian II /Part II Hayat Yang Diinsuranskan/ Life Insured
	Ya Yes	Tidak No
	☐	☐
3. Adakah terdapat perancangan bagi anak menjalani siasatan perubatan atau rundingcara pada waktu terdekat? <i>Are there any medical investigations or consultations planned for the child in the near future?</i>	☐	☐
4. Adakah jawapan untuk Soalan D1 hingga D3 di atas adalah "Ya"? Jika "Ya", sila nyatakan keterangan penuh di bawah: <i>Are any of the answers to Questions D1 to D3 above answered as "Yes"? If "Yes", please state full details below:</i>		
5. Sekiranya jawapan untuk Soalan D1 hingga D3 adalah "Tidak", adakah anda mempunyai maklumat tambahan yang ingin anda nyatakan di bawah? <i>If all the answers to Questions D1 to D3 are answered as "No", are there any additional information that you wish to state below?</i>		
PENGISYTIHARAN DAN KEBENARAN / DECLARATION AND AUTHORISATION		
a. Saya/Kami sedar bahawa adalah kewajiban 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>I/We 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 are to answer the questions fully and accurately/ correctly.</i>		
b. Saya/Kami telah membaca dan memahami kandungan borang permohonan/cadangan termasuk semua amaran dan notis di dalamnya dan saya/ kami telah menjawab semua soalan dalam borang permohonan/cadangan dan soalan-soalan lain yang Anda minta dengan lengkap dan tepat, jika ada, selepas membaca dan memahami soalan. <i>I/We have read and understood the contents of the application/proposal form including all warnings and notices therein and I/we have fully and accurately answered all the questions in the application/proposal form and the other questions asked by You, if any, after having fully read and understood the questions.</i>		
c. Saya/Kami sedar bahawa saya/kami mesti memaklumkan Anda tentang apa-apa perubahan kepada jawapan yang diberikan dalam borang cadangan jika perubahan itu berlaku selepas saya/kami mengemukakan borang cadangan tetapi sebelum kontrak bermula. <i>I/We are aware that I/we must inform You of any change to the answers given in the proposal form if the change occurred after I/we have submitted the proposal form but before the contract is entered into.</i>		
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 permohonan/cadangan dan dalam apa-apa laporan perubatan atau pindaan (secara bersama disebut sebagai "maklumat") adalah berkaitan dalam Anda memutuskan sama ada untuk menerima permohonan/cadangan saya/kami atau tidak, serta kadar dan terma yang terpakai. <i>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 application/proposal 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.</i>		
e. Saya/Kami sedar bahawa jika sebarang jawapan atau pernyataan saya/kami atau maklumat yang diberikan oleh saya/kami adalah tidak tepat/ betul, polisi ini mungkin tidak diproses, tuntutan saya ditolak atau dikurangkan atau syarat-syarat polisi diubah atau dipelbagai atau polisi ditamatkan. <i>I/We are aware that if any of my/our answers or statements or information given by me/us is not accurate/correct, the policy may be avoided, my claim denied or reduced or the terms of the policy changed or varied or policy terminated.</i>		
f. Saya/Kami dengan ini membenarkan mana-mana doktor perubatan, hospital, klinik, syarikat insurans atau organisasi, institusi atau orang lain, yang mempunyai sebarang rekod atau pengetahuan tentang saya/kami atau sesiapa yang akan Diinsuranskan atau kesihatan saya/kami, untuk mendedahkan kepada Zurich Life Insurance Malaysia Berhad atau wakilnya sebarang dan semua maklumat mengenai saya atau sesiapa yang akan Diinsuranskan 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>I/We hereby authorise any physician, hospital, clinic, insurance company or other organisation, institution or person, that has any records or knowledge of me/us or any persons to be insured or my or our health, to disclose to Zurich Life Insurance Malaysia Berhad or its representative any and all information about me or any persons to be insured 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.</i>		

Nombor Polisi / Policy Number : _____

- g. Saya/Kami faham bahawa tanggungan Syarikat Insurans tidak akan berkuatkuasa sehingga permohonan dan/atau pengembalian semula ini diterima dan/atau diluluskan serta premium dibayar kepada Syarikat Insurans.
I/We acknowledge that the liability of the Insurance Company does not commence until the proposal and/or reinstatement is accepted and/or approved by and premium paid to the Insurance Company.
- h. Saya/Kami juga bersetuju bahawa jika polisi ini dihidupkan semula, peruntukan Tidak Boleh Dipertikaikan dan peruntukan Membunuh Diri akan berkuatkuasa dari tarikh ia dihidupkan semula.
I/We also agree that if the policy be reinstated, the Incontestability and Suicide provisions shall take effect from the reinstatement date.

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

*Tandatangan Pemohon
Signature of Applicant*

*Tandatangan Hayat Yang Diinsuranskan/
Signature of Life Insured*

*Tandatangan Saksi/
Signature of Witness*

Nama/Name : _____
No. KP/IC No. : _____

Nama/Name : _____
No. KP/IC No. : _____

Nama/Name : _____
No. KP/IC No.: _____

Notis Penting/ Important Notice

1. Untuk polisi pihak ketiga jika Hayat Yang Diinsuranskan:
For third party policy if Life Insured is:
 - a) Kanak-kanak – Pemohon (pembayar) perlu menandatangani borang.
Child - required Applicant (payor) to sign the form.
 - b) Dewasa – Pemohon dan Hayat Yang Diinsuranskan perlu menandatangani borang.
Adult - required Applicant and Life Insured to sign the form.
2. Untuk polisi Pelan Kesihatan Keluarga : Jika terdapat lebih dari 2 orang dengan pengisytiharan Kesihatan yang buruk, sila kemukakan borang berasingan untuk yang diinsuranskan / tanggungan selebihnya.
For Family Health Plan policy : If more than 2 persons with adverse Health declaration, please submit separate form for the remaining insured/dependents/applicant/Policy with more than 1 applicant.

Notis kepada Para Pelanggan berkaitan dengan Akta Perlindungan Data Peribadi 2010
Notice to Customers relating to the Personal Data Protection Act 2010

Dengan notis Privasi ini, kami ingin mendapatkan persetujuan anda untuk mengumpul, memproses, mengguna, dan berkongsi maklumat anda dengan dan untuk Zurich Life Insurance Malaysia Berhad.

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

1. Dengan mendaftar untuk mana-mana produk yang ditawarkan oleh Zurich Life Insurance Malaysia Berhad ("Syarikat"), berinteraksi dengan kami dan menghantar maklumat anda kepada kami, anda telah bersetuju untuk mengumpul, memproses, mengguna dan berkongsi data peribadi anda termasuk data peribadi sensitif anda dengan dan untuk Zurich Life Insurance Malaysia Berhad. Maklumat peribadi pelanggan yang dikumpul atau di bawah jagaan Zurich Life Insurance Malaysia Berhad boleh digunakan oleh Syarikat bagi tujuan berikut wajib 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 Life Insurance 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 Life Insurance Malaysia Berhad. The personal information of customers collected or held by Zurich Life Insurance 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 the customers who fail to provide the required information) which includes but not limited to:
 - i. Untuk melaksanakan pelaksanaan kontrak insurans;
For the performance of the insurance contract;
 - ii. Untuk 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. Untuk mengendalikan, mempertahankan atau bertindak balas dengan sewajarnya terhadap tuntutan sebenar atau berpotensi atau pertanyaan yang melibatkan pihak berkuasa atau tidak;
To litigate, defend or respond accordingly to an actual or potential lawsuit or queries involving regulatory and non-regulatory bodies;
 - iv. Untuk mematuhi permintaan yang sah atau perintah mahkamah Malaysia dan badan berkuasa termasuk dan tidak terhad kepada Bank Negara Malaysia, Kementerian Kewangan, Polis Diraja Malaysia, juruaudit, pertubuhan kerajaan dan pertubuhan yang berkaitan dengan 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. Untuk tujuan melaksanakan proses penelitian wajar;
For the purpose of conducting due diligence process;
 - vii. Menyediakan perkhidmatan pelanggan;
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. Untuk tujuan pengurusan risiko;
For risk management purpose;
 - x. Untuk semua tujuan lain yang berkaitan dan berhubung dengan perkara di atas.
For all 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 Zurich Insurance, atau sebarang syarikat lain yang menjalankan perniagaan insurans atau insurans semula yang berkaitan, atau syarikat perantara;
Individuals or Companies within the Zurich Insurance Group, or any other company carrying on insurance or reinsurance related business, or an intermediary;
 - ii. mana-mana ejen, kontraktor atau pembekal perkhidmatan pihak ketiga yang menyediakan perkhidmatan kepada Kumpulan Zurich Insurance 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, penanggung insurans semula, perunding perubatan dan pemulihan, juruukur, pakar, mekanik, dan pemproses data;
third party service providers including legal advisors, accountants, investigators, loss adjusters, reinsurers, medical and rehabilitation consultants, surveyors, specialists, repairers, and data processors;
 - iv. mana-mana pihak di bawah Kumpulan Zurich Insurance yang diwajibkan membuat pendedahan di bawah obligasi sebarang undang-undang yang wajib dipatuhi oleh Kumpulan Zurich Insurance atau mana-mana syarikat bersekutunya, kod atau garis panduan yang dikeluarkan oleh kerajaan, berkuasa atau pihak berwajib lain yang perlu dipatuhi oleh Kumpulan Zurich Insurance atau mana-mana syarikat bersekutunya;
any person to whom Zurich Insurance Group is under 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;

Nombor Polisi / Policy Number : _____

3. Maklumat peribadi tertentu yang dikumpul atau di bawah jagaan Zurich Life Insurance Malaysia Berhad boleh digunakan oleh Syarikat untuk tujuan sukarela dalam membekalkan bahan pemasaran dan menjalankan aktiviti pemasaran langsung berhubung dengan insurans dan / atau produk perkhidmatan kewangan Kumpulan Zurich Insurance. Jika anda memilih untuk tidak memberi apa-apa bahan pemasaran daripada Kumpulan Zurich Insurance, anda boleh menghubungi kami dan kami akan memenuhi permintaan anda.
Certain personal information collected or held by Zurich Life Insurance Malaysia Berhad may be used by the Company for voluntary purposes to provide marketing materials and conduct direct marketing activities in relation to Insurance 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 ZLIMB 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 ZLIMB 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 polisi, 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, policy number, telephone number and address of the person making such request.

6. Pemrosesan data peribadi anda adalah tertakluk kepada Notis Perlindungan Data Peribadi Zurich Life Insurance Malaysia Berhad, seperti yang disiarkan dalam
The processing of your personal data is subject to Zurich Life Insurance Malaysia Berhad's Personal Data Protection Notice, as published on https://www.zurich.com.my/en/im-a-zurich-customer/show-me-more-info/personal-data-protection-notice

7. Sekiranya anda ingin menghubungi kami atau mempunyai sebarang pertanyaan atau aduan, sila hubungi kami.
If you wish to contact us or if you have any inquiries or complaints, please write to us.

Email : callcentre@zurich.com.my

Postal: Zurich Life Insurance Malaysia Berhad
Level 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia

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.

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 Industry.

Pengisytiharan dan Pemberikuasaan berkaitan dengan Cukai **Declaration and Authorisation relating to Taxation**

Saya mengakui dan bersetuju bagi pihak diri saya sendiri dan juga sesiapa, firma atau perbadanan, yang berkemungkinan ada atau menuntut apa-apa kepentingan ke atas Polisi tersebut seperti berikut:

I declare and agree on behalf of myself and any person or persons, firm or corporation, who may have or claims any interest in the above stated Policy the following:

Sila tandakan (✓) di mana berkenaan / Please tick (✓) the appropriate box:

Individu / Individual:

- i) Adakah anda seorang Pemastautin Malaysia untuk Tujuan Cukai?
Are you a Malaysian Resident for Tax Purpose?
- ii) Adakah anda seorang warganegara Amerika Syarikat atau Pemastautin / Pembayar Cukai di Amerika Syarikat?
Are you a United States Citizen or United States Resident / Taxpayer?
- iii) Adakah anda seorang Pemastautin untuk Tujuan Cukai / Pembayar Cukai mana-mana negara selain daripada Malaysia dan Amerika Syarikat?
Are you a Resident for Tax Purpose / Taxpayer of any country other than Malaysia and United States?

Pemilik Polisi / Policy Owner
Ya/Yes Tidak/No

☐	☐
--------------------------	--------------------------

☐	☐
--------------------------	--------------------------

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Entiti / Entity:

- i) Adakah Syarikat / Entiti diperbadankan di luar Malaysia?
Is the Company / Entity incorporated outside Malaysia?
- ii) Adakah terdapat satu atau lebih individu yang mengawal Syarikat / Entiti tersebut di mana beliau adalah pemastautin cukai selain daripada Malaysia?
Is the controlling person(s) a tax resident anywhere other than Malaysia?

Ya/Yes Tidak/No

☐	☐
--------------------------	--------------------------

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Nombor Polisi / Policy Number : _____

Saya/Kami memperakukan bahawa pada masa ini, saya/kami bukanlah seorang warganegara, pemastautin atau orang yang tertakluk kepada undang-undang cukai negara-negara lain kecuali dan melainkan untuk negara-negara yang saya/kami telah isytiharkan bersama.

I/We declare that at this time, I/we am/are 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 hereto.

Saya/Kami dengan ini bersetuju untuk memaklumkan kepada anda secara bertulis sekiranya berlaku perubahan status saya/kami di masa depan, 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.

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/our prior notice for such actions.

Tandatangan Yang Diinsurankan/
Signature of Insured

Tandatangan Saksi /
*Signature of Witness**

Nama / Name :

No. K/P / I/C No. :

No. Telefon / Contact No. :

Tarikh / Date :

Alamat Kediaman Luar Negara Yang Diinsurankan :
Foreign Residence Address of Insured:

Nama / Name :

No. K/P / I/C No.:

No. Telefon / Contact No.:

Tarikh / Date :

* Saksi mesti telah mencapai usia 18 tahun
The witness must have attained the age of 18 years

Tandatangan Pemilik Polisi /
Signature of Policy Owner

Tandatangan Saksi /
*Signature of Witness**

Nama / Name :

No. K/P / I/C No. :

No. Telefon / Contact No. :

Tarikh / Date :

Alamat Kediaman Luar Negara Pemilik Polisi :
Foreign Residence Address of Policy Owner :

Nama / Name :

No. K/P / I/C No.:

No. Telefon / Contact No.:

Tarikh / Date :

* Saksi mesti telah mencapai usia 18 tahun
The witness must have attained the age of 18 years

Zurich Life Insurance Malaysia Berhad

Registration No. 196801000442 (8029-A)

Level 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia

Tel: 03-2109 6000 Fax: 03-2109 6888 Call Centre: 1-300-888-622

www.zurich.com.my

